Bibliothèque numérique
medic@

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

1886, série 02, tome 04. - Paris, 1886.
Cote : 90170

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90170x1886x02x04

© BIU Santé

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE.

Secrétaires de la Rédaction : P. BRICON et M. BAUDOUIN

QUATORZIÈME ANNÉE

2e SÉRIE

TOME IV — 1886. — DEUXIÈME SEMESTRE

Illustré de 106 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

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

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

90170

DE MM.

Babinski, Berbez, Bois, Boucher, Bresson, Bruhl, Casper, Clado, Dagonet, Descroizilles, Farabeuf, Ferret, Galezowski, Gombault, Guillot, Guinon, Lancry, Leflaive, Le Gendre (P.), Leibowitz, Letulle, Marfan, Mathieu (A.), Narich, Négel, Picard (H.), Pioggio, Plicque, Poncet (A.), Pujol, Regnard (A.), Robinet (G.), Roubinowitsch, Routier, Skinner, Souza-Leite, Thiéry, Tissier, Trélat, Vignard.



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 27. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 JUILLET 1886

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.—M. le professeur **U. TRÉLAT.**

De la tuberculose.

4e Leçon, recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, et revue par le professeur (1).

CONDITIONS DE SUCCÈS ET CAUSES D'INSUCCÈS DANS LES OPÉRATIONS SUR LES TUBERCULEUX (*fin*).

Messieurs,

Il me reste à présent à examiner la troisième catégorie de causes d'insuccès que je vous ai signalées au début de cette leçon, c'est-à-dire les opérations qui, en raison de l'étendue des désordres, restent forcément incomplètes (2).

La plupart d'entre vous se souviennent probablement de cette pauvre petite femme de 28 ans, qui a occupé pendant 2 ans pleins le lit n° 24 de la salle Sainte-Catherine, et qui a fini par y succomber en janvier dernier. Cette malade avait une ostéite tuberculeuse du bassin, dont les premières manifestations dataient de 14 ans. En 1884, pendant les vacances, M. Bouilly, qui me suppléait, et qui est un fervent partisan de l'intervention chirurgicale contre les affections tuberculeuses, M. Bouilly, dis-je, avait mis la lésion à nu par des incisions, enlevé des séquestres des branches ischio-pubiennes et de l'ischion, et réséqué ou ruginé tout ce qui lui avait paru malade. Malgré son importance et malgré son étendue, cette opération n'amena pas la guérison. En 1885, en dépit de tous les soins possibles, tant locaux que généraux, les plaies restent fistuleuses, la malade s'affaiblit lentement, et la poitrine commence à se prendre. Dans ces conditions, et en raison de l'étendue des désordres révélés par l'examen, je ne me souciais pas de tenter une nouvelle opération, qui ne me paraissait pas susceptible d'être une opération complète. En septembre 1885, M. Segond, arrêté d'abord par les mêmes considérations que moi, céda enfin aux instances pressantes et réitérées de la malade, et revint à la charge. En enlevant les parties osseuses altérées, il fut conduit à attaquer les branches ischio-pubiennes, les branches horizontales du pubis et le corps même du pubis, trouva tous ces os manifestement tuberculeux, et se vit obligé de s'arrêter sans avoir pu dépasser, ni même atteindre les limites du mal : on ne peut pas réséquer le bassin. Cette opération, vous le comprenez, ne pouvait pas avoir et n'eut pas un meilleur résultat que la précédente : la suppuration continua, la toux devint plus fréquente, l'affaiblissement s'accentua de jour en jour, et finalement la malade mourut dans le marasme de la phthisie, le 25 janvier dernier. Evidemment, Messieurs, si le diagnostic de l'étendue des lésions pouvait être sûr et précis, des malades semblables sont des sujets auxquels il ne faudrait pas toucher.

Voici un autre fait analogue, mais qui ne se rapporte pas à une affection osseuse. Une femme d'une trentaine d'années vient, il y a deux ou trois mois, nous demander nos soins pour une fistule anale douloureuse, survenue sans cause appréciable. Cette fistule aboutissait dans le rectum au-dessus d'un point manifestement rétréci. Dans une leçon que j'ai faite sur cette malade, j'ai examiné le cas sous toutes ses faces, et discuté successivement les hypothèses de rétrécissement syphilitique, de rétrécissement cicatriciel, d'affection péri-utérine, etc., sans pouvoir arriver à une conclusion formelle. Mais s'il y avait des doutes à garder relativement au diagnostic, il n'y en avait pas sur la nécessité d'une intervention, et rien ne semblait contre-indiquer l'action chirurgicale. Je fis donc, à l'issue de la leçon, une opération complexe, consistant : d'abord, dans l'incision du trajet fistuleux avec le thermo-cautère ; ensuite, dans l'application de l'entérotome de Dupuytren sur les parties profondes, c'est-à-dire sur le rétrécissement, qu'il eût été imprudent, vu sa hauteur, d'aller attaquer par une section brusque. Aussitôt après l'opération, la malade fut prise d'une diarrhée colliquative que rien ne put enrayer, et qui entraîna à sa suite un affaiblissement rapide ; 15 ou 16 jours plus tard elle était morte. Pourquoi ce désastre imprévu ? Parce que nous avions fait une opération incomplète, et aussi un peu une opération inopportune. Et pourtant, Messieurs, pouvions-nous négliger cette fistule douloureuse ? Nous ne savions pas, à la vérité, et ne pouvions pas savoir quelle était la nature exacte de la lésion ; mais l'indication d'opérer n'en était pas moins formelle. Or, la lésion qui avait donné lieu à cette fistule était une adénite tuberculeuse pelvienne suppurée, avec rectite de voisinage ; de plus, l'autopsie nous a révélé l'existence d'une péritonite tuberculeuse qui devait dater d'une époque bien antérieure à celle de l'intervention chirurgicale. Notre opération a donc été incomplète, parce que nous n'avons pu détruire le foyer tuberculeux que nous avions ouvert sans en reconnaître la véritable nature ; et elle fût restée encore incomplète, quand bien même nous eussions pu réaliser cette destruction, parce que forcément les lésions péritonéales échappaient à nos moyens d'action. Enfin, à cause de ces lésions péritonéales que rien ne nous permettait de soupçonner, notre opération a été inopportune : si nous avions pu les diagnostiquer, elles eussent constitué pour nous une contre-indication formelle à toute tentative opératoire.

Maintenant, Messieurs, quelle est la morale à tirer de ce que je viens de vous dire ? Et que devons-nous faire pour éviter autant que possible les diverses causes d'échecs opératoires que je viens de passer en revue devant vous ? Ces causes se résument, je crois bon de vous le rappeler, dans les trois catégories suivantes : 1° *Récidives locales*, cause très fréquente ; 2° *Récidives sur d'autres organes ou généralisation*, cause moins fréquente, mais malheureusement encore assez commune ; 3° *Opérations incomplètes en raison de l'étendue des désordres.*

Il serait désirable que nous puissions éliminer toujours cette troisième catégorie, et que nous arrivions à ne plus faire de ces opérations forcément incomplètes, qui se trouvent être, du même coup, des opérations

(1) Leçon du 17 mars 1886.
(2) Voir *Progrès médical*, nos 11, 13, 16 et 26, 1886.

© BIU Santé

inopportunes. C'est vers ce but que nous devrons tendre en nous efforçant de préciser autant que possible le diagnostic de l'étendue des lésions ; mais il ne faut pas nous dissimuler que, dans ces cas comme dans bien d'autres d'ordre différent, malgré les examens les plus minutieux, malgré les explorations les plus scrupuleusement attentives, nous serons encore de temps en temps exposés à nous méprendre sur la détermination des limites du mal, à ne nous apercevoir qu'au cours même de l'opération, de l'impossibilité de détruire ou d'enlever toutes les parties malades, et à reconnaître ainsi trop tard qu'il eût mieux valu ne pas intervenir.

Nous sommes plus désarmés encore contre la 2e catégorie de causes d'insuccès, c'est-à-dire contre les récidives sur d'autres organes ou la généralisation. Après avoir rigoureusement établi le bilan de votre malade, après avoir constaté l'absence de toute contre-indication à l'opération, après avoir mené cette opération à fin dans les conditions les plus satisfaisantes, en un mot, alors que tout vous fera espérer un succès prompt et complet, vous aurez parfois la cruelle déception dont je vous ai tout à l'heure rapporté des exemples, et le malade que vous comptiez guérir succombera plus ou moins rapidement à des accidents pulmonaires, méningitiques ou généraux, dont rien, absolument rien, ne vous permettait de soupçonner l'imminence. Ce sont là de douloureuses surprises de la clinique ; mais n'avez-vous pas à craindre des surprises analogues, aussi rapidement funestes, parfois même presque foudroyantes, dans maintes autre circonstance : affections cancéreuses, affections urinaires, etc... ? Elles ne doivent donc pas vous décourager, ni vous empêcher d'opérer lorsque vous en trouvez l'indication bien évidente ; elles doivent seulement vous inspirer la plus grande prudence dans vos déterminations opératoires et la plus grande circonspection dans vos pronostics.

Quant aux récidives locales, par quels moyens parviendrons-nous à les éviter, ou du moins à en atténuer la déplorable fréquence ? C'est ce qu'il me reste à étudier.

Ces moyens sont de deux ordres, les uns d'ordre opératoire, les autres d'ordre thérapeutique.

Quelques mots d'abord des premiers. Il est un précepte que proclament tous les chirurgiens, c'est la nécessité absolue de faire des opérations complètes chez les tuberculeux. Or, Messieurs, nous faisons... — et quand je dis nous, c'est vous, et c'est moi-même que j'endoctrine encore bien plus que vous, — nous faisons souvent à notre insu des opérations incomplètes, insuffisantes ; nous devons nous en défier, nous devons nous tenir toujours en garde contre cet écueil, et, pour cela, nous devons poursuivre le mal avec une énergique ténacité, sans reculer ni devant des évidements énormes, ni devant des résections typiques, ni même devant des amputations.

En voulez-vous une preuve ? La voici : Nous avions dans le service, l'an dernier, un jeune homme atteint de carie tuberculeuse du métatarse gauche. Je lui enlève deux métatarsiens. Le résultat opératoire immédiat est superbe. Mais, au bout de quelque temps, nous constatons, non sans en être assez préoccupés, qu'il persiste un peu de gonflement à la base de la plaie ; puis, petit à petit, ce gonflement augmente, et bientôt il ne nous reste plus de doutes sur l'existence d'une récidive locale. Je pratique alors l'amputation de la jambe à sa partie inférieure. La surface de section des os présentait une apparence suspecte. La réunion primitive échoue, la plaie suppure, une nouvelle récidive devient évidente. Les vacances étant arrivées sur ces entrefaites, je laisse le malade entre les mains de M. Segond, en lui recommandant de faire, sans tarder, l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Il la fait le lendemain même, et son intervention est suivie d'une prompte et parfaite guérison. Ainsi donc, en résumé : résection de deux métatarsiens tuberculeux, opération insuffisante, récidive ; amputation de la jambe à sa partie inférieure, opération encore insuffisante, nouvelle récidive ; amputation au lieu d'élection, limites du mal dépassées, guérison. Ce seul exemple suffira, je pense, pour vous faire bien comprendre le danger des opérations parcimonieuses chez les tuberculeux.

Mais je vous ai dit précédemment combien il est difficile de préciser les limites des lésions tuberculeuses, et de déterminer le moment où vous pouvez avec sécurité vous arrêter dans leur poursuite, en d'autres termes, le moment où votre travail de destruction cesse d'être une opération insuffisante pour devenir une opération complète. Voilà donc un premier point qui réclame tout le coup d'œil et toute la sagacité du chirurgien, et sur lequel malheureusement nous courons grand risque de nous tromper longtemps. Or, Messieurs, vous vous mettrez autant que possible à l'abri de ces erreurs, si vous êtes imbus de la doctrine que je viens de vous formuler, et si, en conséquence, vous n'hésitez pas à faire des opérations larges.

Est-il besoin d'ajouter que vous devez, avant et pendant ces opérations, réaliser toutes les conditions d'une rigoureuse antisepsie ? Vous n'oublierez pas qu'on a incriminé, comme cause de récidive locale, le semis de matière tuberculeuse sur la plaie opératoire, autrement dit, l'auto-inoculation ; vous vous efforcerez donc d'éviter, autant que faire se pourra, la contamination de cette plaie par les produits solides ou liquides du foyer tuberculeux, et comme il est à peu près impossible, dans la plupart des cas, d'empêcher ce contact dangereux, vous ne manquerez pas, dans le but d'en prévenir les conséquences fâcheuses possibles, de laver largement, et à plusieurs reprises au besoin, le champ opératoire avec la solution phéniquée forte ou avec une solution de chlorure de zinc. Dans d'autres circonstances, dans les résections surtout, vous ne craindrez pas de modifier par l'action du thermo-cautère les surfaces cruentées laissées à nu par l'extirpation des os malades, surfaces qui, en raison de leurs rapports immédiats avec le foyer morbide, constituent toujours une zone suspecte : c'est là une pratique sur laquelle Ollier, dont vous connaissez la haute compétence en ces matières, a beaucoup insisté, et qu'il recommande vivement comme moyen préventif des récidives locales ; la plupart des chirurgiens, d'ailleurs, emploient volontiers la cautérisation actuelle dans le traitement des lésions tuberculeuses, soit isolément, soit comme complément d'autres actes opératoires, et vous avez pu voir que moi-même j'y ai souvent recours en semblable occurrence.

Les pansements ultérieurs, pour lesquels je vous recommande chaleureusement l'emploi de l'iodoforme, exigent beaucoup de soins et d'attention, et la marche de la réparation doit être l'objet d'une surveillance attentive. En effet, rien n'est plus fréquent que de voir se former insidieusement, dans ces plaies opératoires des tuberculeux, des clapiers, des décollements périphériques, véritables nids à bacilles où éclosent les récidives locales ; mais si l'on ne peut pas les éviter toujours,

© BIU Santé

même avec des pansements bien faits, on les combat d'autant plus efficacement et avec d'autant moins de frais, qu'on sait les dépister à une époque plus voisine de leur début.

Ces questions de technique chirurgicale chez les tuberculeux pourraient fournir matière à de bien d'autres développements, car elles présentent une foule de détails intéressants à étudier; mais je ne puis m'y arrêter davantage pour le moment, et je me contente de vous en avoir remémoré sommairement les points capitaux.

Voilà votre opération terminée dans des conditions satisfaisantes; votre opéré est assuré de bons pansements et d'une active surveillance; enfin, le médecin instruit qui, vous vous le rappelez, doit doubler en vous le chirurgien, l'a pourvu de toutes les ressources de la médication tonique et reconstituante. Il semble dès lors que tout doive concourir à la guérison, et que vous ayez écarté, par toutes ces sages précautions, la majeure partie des causes d'insuccès, causes extérieures ou causes inhérentes au malade lui-même. Malheureusement, il n'en est pas ainsi d'une façon certaine, et vous avez encore à compter, en ce qui concerne notre clientèle hospitalière, avec les influences nosocomiales et saisonnières. Dans les premiers jours qui suivent l'opération, tout semble marcher à souhait; puis peu à peu, à mesure que le temps passe, l'opéré se prend d'ennui, il subit l'étiolement particulier qu'engendre le séjour prolongé dans une salle d'hôpital, et le travail de réparation cesse de progresser. Vous avez tous vu de ces plaies qui traînaient à l'hôpital pendant les dernières phases d'un traitement, et qui guérissaient rapidement dès qu'on avait pu permettre aux malades de retourner chez eux. C'est également un fait bien connu que, même dans nos services hospitaliers où les malades sont bien abrités et bien chauffés, l'hiver exerce sur la marche des plaies, traumatiques ou opératoires, une influence retardatrice. Inversement, les plaies se comportent mieux et guérissent plus vite, lorsqu'elles évoluent pendant des saisons plus clémentes : l'aération peut être plus large, les malades peuvent aller au jardin ou y être portés, et tandis que le changement de place, la vue de la verdure et des fleurs agissent favorablement sur leur moral, le grand air les tonifie et relève puissamment leur état général. Ainsi, entre autres nombreux exemples de cette action bienfaisante des saisons douces, je me rappelle un succès superbe que j'ai obtenu chez un malade de Necker : il s'agissait d'un énorme abcès froid qui s'étendait jusque sous les vaisseaux fémoraux; j'en avais fait l'ouverture et le grattage, compliqués d'un petit évidement du grand trochanter, et je n'étais pas sans quelque inquiétude sur les suites de cette grave opération; mais cela se passait au mois de juin, le malade bénéficia de tous les avantages que je viens de vous dire, et je n'hésite pas à attribuer à cette circonstance la simplicité et la rapidité merveilleuse de la guérison.

Si nous avions le bonheur d'avoir pour nos adultes quelque chose comme Berck pour les enfants, si nous pouvions envoyer nos malades et nos opérés de l'hôpital à Salies de Béarn, ah! Messieurs, nous aurions bien d'autres succès! Permettez-moi d'emprunter à mes notes et à mes souvenirs de la clientèle de ville un certain nombre de faits, pour vous montrer, par leur résumé très sommaire, quelle précieuse ressource Salies de Béarn nous offre pour le traitement des tuberculoses chirurgicales. J'ai vu guérir à Salies quatre cas de mal de Pott non arrivés à suppuration; une de ces guérisons remonte à trois ans déjà; une autre est tellement bien confirmée, que depuis un an et demi la jeune malade ne porte plus aucun appareil; une autre m'a été fournie par un jeune homme de vingt ans, qui est aujourd'hui guéri au point de pouvoir chasser, monter à cheval, etc. Le quatrième cas a été observé chez un petit garçon, dont je vais vous reparler dans un instant, et qui, outre son mal de Pott parfaitement guéri sans suppuration, a présenté d'autres lésions fort graves.

Dans une autre catégorie de cas, j'ai eu affaire à des affections tuberculeuses suppurées. Voilà le bilan d'un des malades de cette catégorie, dont l'observation a été résumée dans la thèse d'un de mes anciens internes, M. le Dr Coudray; c'est celui-là même que je vous ai cité comme mon quatrième cas de mal de Pott guéri sans suppuration : Coxalgie gauche d'abord. Un an après la guérison de celle-ci, mal de Pott dorso-lombaire; puis abcès froid volumineux de la hanche droite, symptomatique d'une lésion du col fémoral. Résection de la hanche droite. Enfin, nouvel abcès froid de la hanche gauche (côté de la première coxalgie). Après avoir opéré ce dernier abcès, j'envoie l'enfant à Salies. Amélioration considérable après deux mois de séjour dans cette station. Depuis lors, je l'y ai encore renvoyé trois ans de suite. Aujourd'hui il est complètement guéri, ne suppure plus de nulle part, et marche même souvent en laissant de côté ses béquilles. Ce cas-là, Messieurs, a été une véritable résurrection.

J'ai traité pendant cinq ans une petite fille qui a été atteinte d'une double coxalgie et d'abcès froid tuberculeux de la région du fascia lata des deux côtés; celui de gauche avait une étendue considérable et avait envahi la paroi abdominale. La gouttière, le grattage des abcès, et surtout Salies de Béarn, nous ont donné une guérison qui ne s'est pas démentie depuis deux ans.

On m'amena, il y a près de trois ans, un petit garçon qui était en traitement pour une coxalgie, et chez lequel l'existence de douleurs persistantes et de fièvre vespérale faisaient craindre le développement d'un abcès profond. Je constatai en effet qu'il y avait un abcès tuberculeux de la racine du membre; j'en fis l'ouverture et le grattage, et je conseillai ensuite Salies. L'enfant y fit deux saisons. Actuellement il est complètement guéri, superbe, et ne présente pas l'ombre de claudication.

J'en ai eu encore un autre dont l'histoire semble calquée sur celle du précédent, et qui a de même dû sa guérison aux eaux de Salies; malheureusement il est mort récemment d'un croup qu'il a pris de sa sœur.

Je pourrais, Messieurs, sans m'écarter de ce que j'ai vu personnellement, multiplier les citations de ce genre, et y ajouter des faits relatifs à des affections indépendantes du système osseux : tubercules du testicule, fistules consécutives à des abcès froids des parties molles, affections ganglionnaires; mais les résultats que je viens de vous rapporter me paraissent assez probants, pour qu'il soit inutile de fatiguer votre attention par l'accumulation de nouveaux exemples plus ou moins analogues, et tous concordants en faveur du traitement minéral en question. Je me bornerai à un seul fait, relatif à la tuberculose testiculaire : Un jeune homme de 21 ans avait un testicule tuberculeux suppuré et fistuleux; l'autre testicule était absolument indemne; il n'y avait pas le plus léger signe de lésions pulmonaires. Ce cas de tuberculose localisée était évidemment tout à fait favorable pour une opération radicale; cependant, au cours du traitement du premier testicule,

© BIU Santé

le second se prit à son tour ; il n'y avait plus dès lors à examiner l'hypothèse d'une opération, et j'envoyai le malade faire une cure à Salies. Il m'en revint considérablement amélioré. Aujourd'hui, après une deuxième saison, tout est guéri, et il ne reste plus qu'une toute petite induration épididymaire. Certes, si j'avais encore une fille à marier, je ne la donnerais pas à un prétendant qui se trouverait dans de semblables conditions; mais enfin, à cela près, il a véritablement très bonne apparence.

Ainsi donc, les eaux de Salies nous sont d'un puissant secours dans le traitement des tuberculoses externes, suppurées ou non, opérées ou non; dans certains cas, elles peuvent nous permettre de guérir sans opération des lésions qui, au premier abord, semblaient tout à fait justiciables de l'intervention chirurgicale; dans d'autres, elles nous fournissent le complément de la guérison.

En résumé, Messieurs, j'ai voulu vous signaler les écueils que présente la thérapeutique chirurgicale des tuberculeux, vous préparer aux déceptions qu'elle vous réserve, et vous apprendre ce qu'il convient de faire pour vous mettre, autant que possible, à l'abri de ces déboires. Le premier précepte qui ressort de ces enseignements, c'est la nécessité de faire des opérations complètes, mais à ces deux conditions : que la tuberculose soit localisée, et que le bilan du malade soit satisfaisant. Vous vous abstiendrez, au contraire, même en face d'une lésion locale limitée, s'il existe concurremment des signes de généralisation ; vous vous abstiendrez aussi, dans les mêmes conditions d'état local, s'il y a tuberculose pulmonaire ou viscérale grave; vous vous abstiendrez encore, l'état général fût-il bon, soit lorsque vous constaterez qu'en raison de la multiplicité des lésions, une intervention radicale vous entraînerait à des délabrements trop considérables, soit quand vous aurez reconnu qu'en raison de l'étendue des lésions, toute tentative sanglante ne pourrait aboutir qu'à une opération incomplète.

Vous vous souviendrez que la poursuite des lésions pendant l'opération réclame toute votre attention, toute votre sagacité, toute votre persévérance convaincue; qu'après l'opération, vous avez à vous tenir en garde contre les récidives par les soins minutieux apportés à vos pansements et par une surveillance incessante de vos plaies opératoires Les succès chirurgicaux sont presque toujours la résultante d'une série de précautions de détail, et cet aphorisme est surtout vrai en ce qui concerne la chirurgie des tuberculeux. Vous n'oublierez pas davantage le traitement médical reconstituant et l'hygiène physique et morale de votre opéré. Vous vous rappellerez enfin combien est précieux et efficace, pour le traitement des localisations externes de la tuberculose à tous les degrés, la médication saline, soit à Berck ou dans d'autres stations maritimes, soit par-dessus tout à Salies de Béarn, et vous ne manquerez pas de l'utiliser toutes les fois que vous le pourrez.

En m'efforçant, Messieurs, de vous donner un aspect de cette délicate question de thérapeutique chirurgicale, j'ai tenu à insister, dans cet amphithéâtre de chirurgie, sur les indications médicales, qui ont ici une importance majeure. J'ai tenu, en particulier, à proclamer ici *les avantages, les avantages extrêmes*.... du traitement salin. Et je termine en affirmant devant vous que les eaux de Salies de Béarn mettent à notre disposition une médication des plus efficaces, et un adjuvant puissant à tous nos traitements chirurgicaux contre la tuberculose.

CLINIQUE NERVEUSE

Imbécillité et hémiplégie droite symptomatique de méningite tuberculeuse ; — Tuberculose généralisée ; — Mal de Pott.

Par BOURNEVILLE et PILLIET.

L'observation que nous rapportons offre un intérêt au point de vue de la généralisation de la tuberculose, au point de vue de la marche insidieuse de la *méningite tuberculeuse*, et aussi de l'histoire de l'une des formes de l'*idiotie*.

OBSERVATION. — *Père mort tuberculeux. Oncle paternel paralysé. — Mère cancéreuse. Grand-père maternel, excès de boisson.*

Enfant bien portant jusqu'à 6 ans. — Mauvais traitements.—Paralysie droite légère.—Affaiblissement de l'intelligence ; gâtisme passager. — Amélioration. — Nouveaux accidents de méningite et tuberculose pulmonaire. — Mort.

Autopsie : Tuberculose généralisée. Méningite chronique tuberculeuse. Nodules caséeux volumineux des méninges. Nodules calcifiés et granulations miliaires dans les poumons, le foie, le péritoine et la rate. Mal de Pott dorsal au début.

Sema..., Charles-Auguste, né à Paris le 24 décembre 1879, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 1er février 1886.

Renseignements fournis par une cousine maternelle du malade. — *Père*, employé à la préfecture de la Seine, mort en 1885, à 33 ans, d'une pleurésie. On ne sait s'il faisait des excès de boisson ou autres. Il s'était toujours bien porté jusqu'en 1881 ; à partir de là, accidents de bronchite avec amaigrissement et diarrhée. Il était intelligent ; pas nerveux, jamais de rhumatisme ni de dermatoses. [*Père*, 70 ans, sobre, bien portant ; *mère* morte on ne sait de quoi, ni à quel âge. Frère intelligent, assez sobre ; robuste, non nerveux. Une tante, 40 ans, en bonne santé, non nerveuse. Un oncle *paralysé* de naissance.]

Mère, 40 ans, couturière, grande, n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Fièvre typhoïde à 15 ans, variole à 18 ans, réglée à 20 ans. Elle est morte à l'hôpital le 23 mai 1886, d'un *cancer de l'utérus* (1). [*Père*, 70 ans, tonnelier, excès de boisson fréquents. Il n'était pas nerveux, jamais de maux de tête ni de rhumatismes. *Mère*, 76 ans, bien portante, non nerveuse. Quatre *frères* et une *sœur*, vivants, bien portants. Un *oncle maternel*, 65 ans, une *tante maternelle*, 70 ans, n'ont jamais été malades. Pas de renseignements sur le côté paternel. La *cousine* qui nous renseigne est bien portante ; n'a jamais eu de maladies, a quatre enfants en bonne santé, sans convulsions. Ni difformes, ni aliénés, ni criminels, ni suicidés dans la famille.] Pas de consanguinité.

Trois *enfants* : 1° Un *frère*, mort en naissant; 2° une *sœur*, âgée de 10 ans, bien portante, sans convulsions.

3° *Notre malade*. Pas de renseignements sur la grossesse ni sur l'accouchement. Elevé au sein en nourrice, il est revenu à trois ans ; alors il était bien portant, il mangeait beaucoup, parlait bien, marchait seul, était intelligent. Il n'aurait jamais eu de convulsions (?). Jusqu'à l'année dernière, l'enfant s'est toujours bien porté ; mais, le père étant mort, la mère malade, il a souffert de la misère. Sa mère, paraît-il, ne le laissait pas s'asseoir. Pendant 15 jours, en juin 1885, la cousine qui nous renseigne, l'a pris chez elle. Ses pieds étaient violacés comme par des engelures. A ce moment, il était sale, gâtait, digérait mal et vomissait.

(1) C'est pour cela que nous n'avons que des renseignements de seconde main et partant insuffisants.

© BIU Santé

Quelques jours avant son départ de chez sa mère, il est tombé tout d'un coup par terre, et quand on l'a relevé, il était *paralysé*. On ne sait si l'enfant a eu des maladies du jeune âge (rougeole, etc.); il a eu la gourme; mais ni ophthalmie ni otite (sa sœur a souvent mal aux yeux). Il ne toussait pas; n'était pas sujet aux diarrhées. On assure qu'il était doux; sa mère, au contraire, disait qu'il était vicieux et voleur. Sa cousine ne l'a jamais vu sous cet aspect; il a été deux semaines à l'asile d'Ivry et apprenait comme les autres enfants.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements de la mère, qui, comme nous l'avons vu, est entrée à la Pitié peu après l'admission de l'enfant à Bicêtre. L'un de nous s'est rendu à son domicile et a recueilli les renseignements suivants : Après la mort de son mari, la mère de l'enfant était dans une situation misérable, élevant péniblement ses deux enfants : la petite fille, retournée aujourd'hui dans le pays de sa mère qui paraissait l'affectionner assez, et notre malade qu'elle n'aimait guère, et auquel elle ne passait rien, le corrigeant manuellement pour la faute la plus légère. C'était même au point que les voisins s'en sont plaints plusieurs fois, et c'est même sur leurs plaintes que le commissaire de police est intervenu; il a fait une enquête et lui a enlevé l'enfant pour le faire placer à Sainte-Anne. Il paraît qu'un jour sa mère le laissa enfermé seul toute la journée. Elle ne le sortait que très rarement.

A l'entrée (1er février 1886), on constate que l'enfant est atteint d'imbécillité, et jugeant d'après les apparences, en dehors de tout renseignement, on pense qu'il est susceptible d'amélioration. Il marche en *traînant la jambe droite, qui est raide.*

Etat actuel. Poids 14 kil. 10; taille 0m,97. *Crâne* ovoïde, occiput allongé, extrémité antérieure pointue. Bosses occipitales prononcées et symétriques; bosses pariétales très accentuées.

Diamètre antéro-postérieur maximum. .	178 mm.
— transverse maximum	150 —
Circonférence du crâne à la base. . . .	51 cent.
D'une oreille à l'autre	29 —
De la racine du nez à la protubérance occipitale	30 —

Front très étroit, peu élevé, aplati latéralement sur les tempes; *face* ovale; arcades sourcilières peu prononcées, *yeux* légèrement enfoncés, pupilles égales, iris brun, *nez* petit, courbé; *joues* assez pleines; *bouche* petite; *voûte palatine* un peu ogivale, symétrique. Lèvres minces, langue normale, dentition régulière, menton rond. *Oreilles* petites, symétriques, bien ourlées, lobule détaché. Cou grêle, circonférence 24 cent.

Thorax maigre, peu développé, sans voussure ni déformation. Sa circonférence aux aisselles est de 49 cent.; au niveau des mamelons, 51 cent.; à la base, 49 cent. 1/2.

Membres supérieurs maigres et longs, épaules anguleuses, saillie des clavicules.

Circonférence du bras :	Droit	Gauche
A l'aisselle.	13 c. 1/2	14 c.
A 5 cent. au-dessus de l'olécrâne .	12	13
Id. au-dessous id.	13	14
Au poignet	10 1/2	11

Rachis sans déviation.

Membres inférieurs très grêles, sans déformation. Ils ont tous deux les mêmes dimensions. Articulations libres; rien de spécial aux extrémités.

Organes génitaux. Pénil glabre, bourses pendantes, testicules de la grosseur d'une petite noisette, égaux, le gauche descendant plus bas que le droit. Prépuce long, gland découvrable, méat normal.

Peau fine, bistrée, surtout sur l'abdomen. Cicatrice à la face interne de la partie inférieure de la jambe gauche (brûlure probable). Poils relativement abondants sur les membres. Cheveux châtains, clairsemés, descendant comme un duvet jusqu'aux sourcils. Sourcils noirs assez épais; cils longs et noirs. Quelques *ganglions* lymphatiques se sentent sous le doigt à la nuque; rien ailleurs.

La *sensibilité* générale est conservée, le *réflexe* rotulien exagéré à droite. — La circulation et la respiration n'ont rien de spécial.

L'enfant sait se servir de la fourchette et de la cuiller, mange avec appétit, sans voracité. La digestion est bonne, les selles régulières et volontaires; pas de rumination, de vomissements, de diarrhée. — L'abdomen est un peu gros. — Le foie, la rate, etc., paraissent normaux.

Pas de bave, de succion, d'onanisme, ni de tics. — L'enfant est caressant, il a l'air souffrant et un peu triste. La parole est développée, mais présente une sorte de bégayement. Il connaît bien les lettres et les chiffres, commence à faire des bâtons, sait compter jusqu'à 50, connaît les couleurs et les objets usuels.

Traitement. Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, bains salés, petite école; gymnastique.

Un mois après son entrée, on note de la bonne volonté à travailler, et des progrès en gymnastique. Puis, en avril, on constate que l'enfant se ralentit et paraît de plus en plus souffrant. On l'envoie à l'infirmerie le 17 *avril* parce qu'il ne mange pas, dort toute la journée et qu'il a la face rouge. Il ne se plaint pas.

19 *avril.* L'enfant a pris du lait et n'a pas vomi. La langue est large, humide, saburrale; le ventre est un peu gros, légèrement tendu, indolore; pas de diarrhée; rien à la gorge. On ne trouve rien à la percussion ni à l'auscultation, pas de toux ni d'oppression. L'enfant se plaint de la tête qui est chaude partout, il a l'air un peu abattu. La température rectale oscille autour de 39°. — *Traitement :* Ipéca, bains de pieds, lotions vinaigrées, huile de ricin.

21 *avril.* Le pouls est à 80, un peu irrégulier, la physionomie abattue, la peau chaude. L'enfant se plaint toujours de la tête. Langue saburrale, soif vive, ventre souple. Trois selles infectes. Pas d'épistaxis. Raies méningitiques faciles à provoquer. La nuit a été mauvaise; l'enfant a pleuré. Pas de grincements de dents ni de délire.

Traitement. Lav. au sulfate de quinine, 0,40 cent., etc.

23 *avril.* Céphalalgie continue; l'enfant vomit tout ce qu'il prend, est abattu, somnolent. Il montre pourtant un peu de gaîté le soir.

24 *avril.* Nuit très agitée, l'enfant appelle sa mère.

27 *avril.* Foie douloureux, débordant d'un travers de doigt les fausses côtes; abdomen mou et rétracté. A 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, on sent, sous la paroi abdominale, une *petite tumeur* mobile, assez dure, du volume d'une bille, et qui semble être une *nodosité tuberculeuse de l'épiploon.* L'enfant n'a rien voulu prendre; il est très abattu. Pas de diarrhée, mais miction et selles involontaires; aspect comateux, *raideur du cou et de la nuque.* Submatité à la percussion au niveau du sommet droit, en avant.

28 *avril.* Les traits sont un peu grippés; l'enfant est en état de demi-conscience; quand on l'interpelle, il regarde vaguement; il incline la tête quand on lui dit « bonjour »; on parvient à lui faire ouvrir la bouche, ce qui était impossible hier. P. 28; R. 48. On essaye de faire boire du lait à l'enfant avec la cuiller; mais il ne déglutit pas et rejette les liquides par le nez. Selles molles et involontaires. Pas de grincements de dents. Un peu de raideur persistante de la jambe droite et du bras droit; raideur du tronc. Inspiration rude et soufflante à l'auscultation; expiration un peu granuleuse au sommet gauche. On continue le sulfate de quinine, etc.

28 *avril, soir.* L'enfant est dans le coma; raideur de la nuque, strabisme. — Mort le 29 *avril*, à quatre heures du matin.

Autopsie le 30 avril au matin. — *Rigidité* cadavérique nulle au cou et au bras droit; presque nulle à la jambe droite; assez prononcée au coude gauche; plus marquée encore au membre inférieur gauche.

© BIU Santé

Crâne peu épais et présentant encore des traces de transparence à la partie moyenne et supérieure du frontal, à la partie supérieure et antérieure des pariétaux. La *base* est symétrique. — La *dure-mère* apparaît assez fortement injectée; écoulement de liquide céphalo-rachidien en quantité un peu plus grande qu'à l'état normal. Quelques petites adhérences avec la dure-mère de la base. Poids de l'encéphale, 1,280 gr. — La *pie mère* présente à la base une vascularisation fine très prononcée; de plus, toute la partie de la pie-mère située en avant de la protubérance (autour du chiasma et de l'origine des nerfs optiques) est infiltrée de pseudo-pus fibrineux. Le dégagement des artères et des veines de la pie-mère est difficile à cause de son épaississement. Quand on écarte les lèvres de la scissure de Sylvius, on trouve *à gauche*, sur la pie-mère, des *granulations tuberculeuses;* à droite, il n'y a pas de points semblables. Sur la base des deux lobes frontaux, la pie-mère est très injectée et couverte d'un semis de granulations. Elle est beaucoup plus épaissie sur le lobe droit que sur le gauche, et la décortication au niveau du lobe olfactif ne peut se faire qu'en entraînant une assez forte couche de substance grise. — Autant qu'on peut le voir par suite de l'épaississement de la pie-mère, les *artères de la base* et les nerfs seraient symétriques. La pie-mère de la convexité présente une vascularisation très fine et plus prononcée sur la partie moyenne des hémisphères. Aspect louche d'un certain nombre d'espaces inter-circonvolutionnaires; injection assez prononcée de la surface des deux hémisphères.

Cervelet et *isthme*, 155 grammes. La pie-mère du cervelet se décortique assez bien. Elle est très épaissie au niveau de la face inférieure de la protubérance; à la face supérieure du cervelet, elle devient plus mince, sans granulations.

L'hémisphère cérébral droit pèse 10 grammes de plus que le gauche, ce qui peut être dû à l'épaississement de la pie-mère ou à l'inégale répartition du liquide céphalo-rachidien. Sur l'*hémisphère gauche*, à la partie inférieure du lobe carré, en arrière du corps calleux, la pie-mère est très épaissie. Il y a là plusieurs granulations dépassant le volume des granulations miliaires, opaques, jaunâtres, dures. Une, du volume d'un *pois moyen*, est enlevée, laissant dans la substance corticale une petite cavité, mais, sans entraîner aucune portion de l'écorce grise. Un semblable nodule, du volume d'une amande de noisette, à surface mamelonnée, est laissé en place. Il occupe juste le milieu de la pariétale ascendante.

Cerveau. — Hémisphère gauche. Face convexe. — F., très sinueuse, envoie deux plis de passage à F_2 et s'insère sur F A à sa partie supérieure. — F_2, aussi très sinueuse, offre deux insertions sur F A. — F_3 est assez volumineuse et s'insère à l'extrémité inférieure de F A. — F A est volumineuse, mais présente une encoche profonde, transversale, à sa partie moyenne. Sur l'extrémité postérieure de cette encoche, un tubercule de la pie-mère, de 3 à 4 mm. de diamètre a creusé une dépression. P A est sinueuse et assez volumineuse, mais est interrompue à la partie inférieure de son tiers moyen, au-dessous du tubercule dont il vient d'être question par une dépression profonde due au nodule tuberculeux de la pie-mère décrit plus haut. P_1, P_2, assez plissées, pli courbe irrégulier. — L O, sinueux. — T_1, T_2, T_3, sont assez plissées et s'envoient plusieurs plis de passage; T_1 envoie un pli assez volumineux à l'extrémité postérieure du lobule de l'insula. — L I a quatre digitations assez volumineuses.

Face interne. — F_1 présente des plis assez profonds en avant, superficiels en arrière. — L P volumineux, reçoit un gros pli de passage de F_1 et offre un sillon en forme de V. — CCCa sans aucun pli. — L Q plissé avec des sillons superficiels; L O très plissé. C H assez sinueuse.

Hémisphère droit. — Face convexe. — Les trois circonvolutions frontales sont aussi sinueuses qu'à gauche. L'insertion de la première se fait également au niveau du bord supérieur; la seconde s'insère sur F A par deux insertions, non pas de niveau avec la surface de l'hémisphère, mais au fond du sillon. Il en est de même de l'insertion de F_3. F A sinueuse, bien développée. P A très sinueuse, mais comparativement maigre. Les plis pariétaux sont volumineux; l'inférieur moins plissé qu'à gauche. — Pli courbe situé bien au sommet de la scissure parallèle, qui, de ce côté, n'est pas interrompue, alors qu'elle l'est à gauche, plusieurs fois. Le lobe occipital est assez développé mais moins plissé qu'à gauche. T_1, T_2 et T_3 sont assez distincts; tandis que de l'autre côté, les plis de passage plus nombreux les confondent en quelque sorte. L I reçoit en arrière un volumineux pli de passage de T_1; il est formé de trois gros plis dont l'antérieur seul est bifurqué, ainsi qu'à gauche.

Face interne. F_1 est assez sinueuse mais ses plis sont plus allongés, au lieu d'être transversaux comme à gauche. L P est très sinueux et présente un pli en forme d'Y; L Q, L C, n'ont rien de particulier. L O, plis plus volumineux qu'à gauche. C H, rien. Des deux côtés, les *sillons*, sauf sur les points sus-indiqués, sont en général assez profonds. Les *masses grises*, les *cornes d'Ammon* ainsi que les lobes orbitaires sont normaux. Les *ventricules latéraux* sont légèrement dilatés.

De cette description des circonvolutions, il ressort nettement que les deux hémisphères cérébraux, sur leurs deux faces, présentent des asymétries nombreuses.

Le *larynx* et les cordes vocales n'offrent rien d'anormal; le *corps thyroïde* est en croissant, assez petit; le thymus n'a pas été examiné.

Le *poumon droit* présente de nombreuses *adhérences* au sommet, surtout en avant et sur les parties latérales. Le gauche est également adhérent au sommet, mais surtout en arrière. Là on trouve un noyau, en partie crétacé, mesurant 7 à 8 mm. de diamètre. Sur la plèvre qui sépare les lobes, on voit des granulations tuberculeuses assez rares. On en trouve également quelques-unes en pratiquant des coupes dans le poumon. Le lobe inférieur offre plusieurs petits noyaux caséeux récents. Poids, 140 grammes. — Dans le poumon droit, on découvre une masse caséeuse sous-pleurale à la partie moyenne du lobe supérieur. Elle a 2 cent. sur 1 cent. 1/2, s'énuclée facilement, laissant alors une cavernule. Il existe un certain nombre d'autres noyaux sous-pleuraux plus petits; un peu de congestion aux deux bases pulmonaires. — Deux ganglions bronchiques sont hypertrophiés et caséeux. Poids du poumon droit, 151 grammes.

Le *cœur* (80 grammes) est sans lésions; orifices normaux. — *Péricarde* sain.

Sur le *péritoine*, petits amas framboisés de *tubercules caséeux*. Dans les épiploons, qui sont très vascularisés, adhérents entre eux par des brides nombreuses, il en existe un certain nombre. Sur le péritoine pariétal, plaques caséeuses lenticulaires et irrégulières, surtout dans les fosses iliaques. Les ganglions du *mésentère* sont hypertrophiés, rosés sur une surface de section, non caséeux. La surface interne de l'*estomac* est saine; les *intestins* sont vascularisés, sans tubercules ni ulcérations.

Foie (470 grammes). Sa face supérieure est légèrement adhérente au diaphragme. Elle est parsemée de marbrures jaunes, graisseuses. On y voit un très grand nombre de tubercules, les uns miliaires, demi-transparents, très clairs, espacés à environ 1 cent. de distance les uns des autres; d'autres, d'aspect louche ou opaque, et enfin, un certain nombre de contour irrégulier, caséeux. La face inférieure présente les mêmes caractères. Sur une coupe, on les retrouve dans toute l'épaisseur du parenchyme. Les vaisseaux sont béants, remplis de sang; le tissu du foie est pâle et jaunâtre, les lobules dessinés par un cercle rose.

Rate (60 grammes), très adhérente au diaphragme; on l'en détache difficilement. La capsule est flasque et ridée, soulevée par un grand nombre de masses caséeuses, du volume d'une tête d'épingle et plus. Le parenchyme est parsemé des mêmes masses et de tubercules miliaires.

Pancréas volumineux, d'une coloration jaune marquée, sans tubercules.

© BIU Santé

Reins (60 grammes chacun), petits, très pâles; la capsule se détache sans difficulté; la substance corticale est très amincie, pas de tubercules apparents. — *Vessie* et *testicules* normaux.

Rachis. Au niveau des 4e et 5e vertèbres dorsales, le surtout antérieur du rachis est soulevé par un relief d'un centimètre de hauteur, faisant une saillie bilatérale. Cette bosselure excisée laisse échapper un pus granuleux qui s'écoule difficilement. La paroi interne de la poche a un aspect pultacé. Quand on a vidé ce pus, on tombe sur la face antérieure des vertèbres. Le disque intervertébral est un peu détruit, et l'os à son contact est mis à nu.

L'*examen histologique* a été fait au laboratoire d'histologie de la Faculté. Les nodules remarqués dans le cerveau présentaient la structure du tubercule fibro-caséeux. Ils étaient développés à la face interne de la dure-mère, sans participation du tissu cérébral. A leur périphérie, on voit une mince couche de cellules embryonnaires, dont les plus internes sont fusiformes et s'organisent en un tissu fibroïde calcifié. Quelques cellules géantes sont répandues dans cette couche. La zone centrale est composée de tissu calcifié, sans élément distinct. Les nodules de la pie-mère sont disposés autour des artérioles sous forme d'amas à centre caséeux; c'est la forme anévrysmatique des tubercules, comme l'appelle Kiener. — Le foie présente des nodules miliaires avec la constitution typique, cellules géantes très rares, cellules épithélioïdes à type fusiforme, se transformant presque immédiatement en tissu calcifié, en sorte que le tubercule est réduit à un amas de cellules embryonnaires à centre caséeux. On retrouve des infiltrations de cellules embryonnaires en amas ou en îlots. Dans tous les espaces de Kiernan, on voit un certain nombre de ces îlots se caséifier à leur centre. Il y a donc tuberculose infiltrée de tout le foie, indépendamment des granulations adultes. Dans la rate, les lésions sont semblables, mais il y a beaucoup plus de noyaux formés de follicules agglomérés et caséeux. — Enfin, la paroi de l'*abcès* ossifluent nous a montré, sur une coupe, de dehors au dedans, du tissu fibreux, puis une zone de tissu de granulations richement vascularisées, enfin une couche de cellules embryonnaires, sans vaisseaux, parsemée d'un grand nombre de cellules géantes développées. Les cellules les plus internes de cette couche subissent la transformation granulo-graisseuse, et contribuent à accroître le contenu de l'abcès. C'est donc bien d'un *abcès tuberculeux* qu'il s'agit dans ce cas (1).

Réflexions. — I. Les renseignements que nous avons recueillis sur la famille du malade sont incomplets : nous en avons dit la cause. Du *côté paternel*, le fait le plus important, c'est la *tuberculose* à laquelle a succombé son père et l'existence d'une *paralysie* chez l'un de ses oncles. Du *côté maternel*, il ne semble pas y avoir eu de névropathes ni de tuberculeux. Rappelons que la mère est morte d'un *cancer de l'utérus*.

Les *antécédents personnels* de l'enfant paraissent indiquer que jusqu'à 5 ans, il était intelligent, bien portant, et ne différait pas sensiblement des enfants de son âge.

II. C'est dans le cours de la sixième année que les premiers accidents seraient survenus. En quoi ont-ils exactement consisté? nous l'ignorons. Ce que nous savons, c'est qu'il aurait eu une *paralysie du côté droit*, qu'il serait devenu gâteux et qu'il aurait eu des vomissements. C'est alors qu'il a été l'objet de mauvais traitements de la part de sa mère qui, dit-on, le laissait enfermé, le battait, lui donnait une nourriture insuffisante.

III. A l'entrée (février 1886), nous notons que l'*intelligence* est affaiblie (*imbécillité*), que la *parole* est un peu incorrecte, bégayante; que l'enfant est propre, et, en l'absence de renseignements sur la cause de la déchéance intellectuelle, nous le considérons comme susceptible d'amélioration. Disons enfin que, dès cette époque, nous mentionnions un *affaiblissement paralytique du côté droit*, avec amaigrissement du bras, rendu très évident par les mensurations, données dans le cours de l'observation.

IV. Les accidents auxquels a succombé l'enfant ont eu une marche insidieuse. Durant la première quinzaine d'avril, on remarque que l'enfant travaille de moins en moins et qu'il paraît souffrant. Ces phénomènes s'accusant, il est envoyé à l'infirmerie le 17 avril. A dater de ce jour, nous voyons se manifester successivement divers symptômes annonçant le développement d'une *méningite* (céphalalgie, raies méningitiques, raideurs musculaires, délire léger et transitoire, vomissements, fièvre, abattement, somnolence, etc.) C'est seulement dans les derniers jours que sont apparus quelques phénomènes qui ont permis de soupçonner l'existence d'une tuberculose pulmonaire et péritonéale et fait penser que la *méningite* était de *nature tuberculeuse*.

La *température* a suivi une marche ascensionnelle dont les caractères sont bien mis en évidence par la *figure* 62.

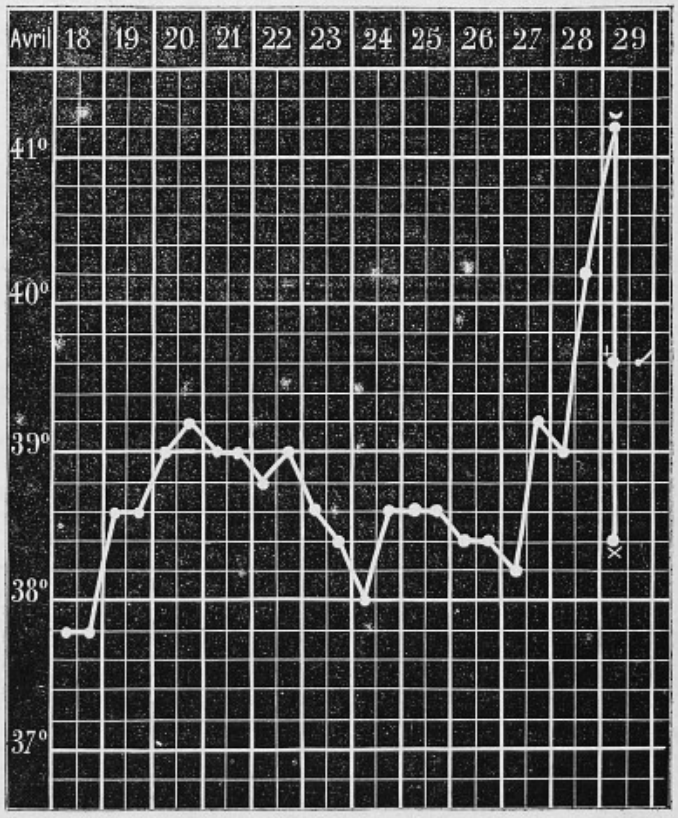


Fig. 62. — — température un quart d'heure après la mort. + température une heure après la mort. × température deux heures après la mort.

Signalons l'élévation thermique après la mort et le lent refroidissement du corps.

V. Au point de vue *anatomo-pathologique*, nous devons rappeler que la tuberculose intéressait les *méninges*, la *plèvre*, les *poumons*, le *péritoine*, le *foie*, la *rate*, les *ganglions* et enfin la *colonne vertébrale*. Laissant de côté les organes thoraciques et abdominaux, nous ne relèverons que les particularités relatives aux *méninges*.

Là, les lésions tuberculeuses se sont présentées sous l'aspect de *granulations miliaires* et de *tubercules* assez volumineux. Parmi les symptômes les plus caractéristiques, nous devons rappeler la paralysie ancienne des membres du *côté droit*, ayant laissé des traces sérieuses, affaiblissement de la jambe droite et amaigrissement du bras correspondant. Or, nous avons trouvé, à l'autopsie, des *granulations tuberculeuses* abondantes au niveau de la

(1) Les pièces ont été présentées à la *Société anatomique*.

© BIU Santé

scissure de Sylvius *gauche*, un volumineux nodule tuberculeux sur la *pariétale ascendante gauche* et un autre moins volumineux sur la partie moyenne de la *frontale ascendante* du même côté. Par conséquent, il y a une corrélation très nette entre le siège prédominant des lésions et les symptômes les plus saillants. Les lésions méningitiques, qui avaient déterminé une légère *hydrocéphalie* des ventricules, étaient plus prononcées à la base qu'à la convexité, ce qui explique la présence des phénomènes comateux et le faible degré du délire.

VI. Comme on le voit, il s'agissait là d'un cas d'*imbécillité symptomatique de méningite*, dont le diagnostic précis a une véritable importance au point de vue du *pronostic* et du *traitement*. Il est certain, en effet, que, dans les cas de ce genre, on a peu de chance d'obtenir une modification des facultés intellectuelles sous l'influence de l'éducation puisqu'il s'agit non pas d'une lésion qui a produit tous ses effets, mais d'une lésion en voie d'évolution et parfois, comme ici, tout à fait au-dessus de nos ressources.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours des médecins aliénistes des hôpitaux.

C'est en 1860, tout à fait au début de nos études médicales, que notre attention a été appelée par notre vénéré maître, M. Delasiauve, sur la suppression du concours des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière. Cette suppression avait été faite, naturellement, par l'administration impériale. Peu après, dans la *Médecine contemporaine*, où nous avons fait nos débuts comme journaliste, puis dans le *Mouvement médical* que nous avons fondé en 1865 avec Noel Pascal et quelques amis, enfin dans le *Progrès médical* et au Conseil général de la Seine, nous n'avons pas cessé de réclamer le rétablissement de ce concours. Nous avons eu gain de cause en 1879, grâce à Hérold, alors préfet de la Seine. Nous avons d'autant plus le droit d'être fier de ce résultat que ce n'est qu'au dernier moment, après la mort du Dr Berthier, et dans un but peu désintéressé, que quelques journaux de médecine sont venus, tardivement, réclamer le concours.

Le premier concours a eu lieu en juin 1879. Les juges étaient MM. Billod, Cazalis, Delasiauve, *Espiau de Lamaestre*, Legrand du Saulle, Moissenet et Woillez (quatre d'entre eux avaient été nommés au concours) (1).

Le *second concours* a eu lieu le 1er décembre 1880; les juges étaient MM. Bouchereau, *J. Falret*, Hérard, Lucas, Martineau, Matice et *A. Voisin*. (Trois d'entre eux nommés au concours) (2).

Le *troisième concours* a eu lieu le 20 octobre 1884; les juges étaient MM. Charpentier, *Espiau de Lamaestre*, *J. Falret*, Guyot, R. Moutard-Martin, Proust et *J. Voisin*. (Cinq d'entre eux médecins des hôpitaux nommés au concours) (3).

(1) Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Jules Voisin et Bourneville.

(2) Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Charpentier et Deny.

(3) Ce concours s'est terminé par la nomination de M. Ch. Féré.

Un *quatrième concours* devant s'ouvrir le 28 juin, l'Administration de l'Assistance publique a procédé le 17 juin au tirage du jury et dans cette opération, au lieu de se conformer à ses propres règlements, elle a commis une série de fautes qu'il est de notre devoir de mettre en relief, car il importe beaucoup que le *concours des médecins aliénistes des hôpitaux* se fasse toujours dans des conditions absolument identiques à celles des concours des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux.

Tout d'abord, l'Administration ou la Commission administrative chargée du tirage du jury a laissé, dans l'urne, les noms des médecins qui ont fait partie et de l'*avant-dernier* et du *dernier concours*. Il en est résulté que certains médecins qui ont déjà fait partie du jury ont été tirés de nouveau, ont ou auront participé aux travaux de deux concours, alors que quelques autres médecins se sont trouvés toujours éliminés.

En second lieu, l'Administration a décidé qu'il ne fallait pas mettre dans l'urne le nom de M. le Dr Deny, médecin résident de Bicêtre, sous prétexte, a-t-on dit, qu'il n'était pas chef de service. Par contre, ce qui constitue une troisième faute, elle a déposé dans l'urne le nom de M. le Dr Vallon, médecin de la division des hommes de l'asile de Villejuif, et cette double faute montre que le secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique n'a qu'un médiocre souci des intérêts, et qui mieux est, des *droits* des médecins de l'Assistance publique. Il est étrange, en effet, de voir cette administration écarter l'un de ses médecins — M. Deny — ancien externe des hôpitaux (nommé au concours), ancien interne des hôpitaux (également nommé au concours), ayant fait ses quatre années réglementaires, médecin-adjoint de Bicêtre nommé au concours, chargé *officiellement*, en qualité de chef de service de la 2e section des aliénés de Bicêtre depuis le 1er juin (1).

Voilà ce qu'est M. Deny. Examinons la situation de M. Vallon. M. le Dr Vallon n'a rien été, croyons-nous, dans les hôpitaux de Paris, n'a, par conséquent, rendu aucun service à l'Assistance publique; il a été, il est vrai, interne des asiles, mais nommé *sans* concours, et il a rempli ses fonctions pendant les trois années réglementaires; il a été nommé au concours chef de clinique mentale; ensuite, et c'est là le point capital, M. Vallon a été candidat au dernier concours des médecins aliénistes des hôpitaux; il est venu à la première séance pour prendre part à l'épreuve écrite, et, lorsque la question a été tirée — *Nerf pneumogastrique, anatomie et physiologie*, — M. Vallon s'est retiré du concours. Enfin, M. Vallon a été nommé *directement*, à la faveur, médecin de la division des

(1) L'Administration aurait dit que M. Deny était bien en fonctions comme chef de service, mais que l'arrêté n'était pas revenu du ministère de l'intérieur. Là encore l'Administration a commis de nouvelles fautes : 1° en ne réclamant pas d'urgence la signature de l'arrêté en raison même du concours; 2° En oubliant que, au concours de 1880, elle avait mis dans l'urne le nom de M. Charpentier. Or, M. Charpentier était dans des conditions absolument analogues : il venait de prendre la direction de la 1re section des aliénés de Bicêtre et l'arrêté, qui le nommait chef de service, n'avait pas paru.

© BIU Santé

hommes de l'asile de Villejuif et, à l'heure actuelle, *il n'y a pas encore de malades dans sa division* (1).

A notre avis, l'Administration a donc commis une irrégularité en remettant dans l'urne les noms des juges du dernier concours : les noms de M. Espiau de Lamaestre, juge en 1879 et 1880 ; de M. J. Voisin, juge en 1884, sont sortis. MM. de Lamaestre et J. Voisin se sont récusés. L'Administration a commis une injustice en écartant de l'urne, sans raison plausible, le nom d'un de ses médecins. Enfin, elle a commis une maladresse en s'exposant à voir tirer le nom de M. Vallon. Or, par suite des refus de plusieurs médecins, dont les noms avaient été tirés, de faire partie du jury, le nom de M. Vallon est sorti, et M. Vallon, obéissant à des conseils maladroits, s'est empressé d'accepter, à la grande surprise de tous ceux qui l'ont en estime et sont au courant de la situation.

Les arrêtés relatifs aux différents concours des asiles sont tout à fait incorrects et se ressentent de l'inexpérience, sur ce sujet, des bureaux de la préfecture de la Seine. De là des interprétations diverses données à certains articles et entre autres à celui-ci :

« Le jury du concours pour les places de médecins-adjoints du service des aliénés dans les hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de sept membres, savoir : Quatre médecins tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, les médecins-chefs des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, ou en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau de Sainte-Anne après cinq ans d'exercice et trois médecins tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires. »

Si on le prend à la lettre, le stage de cinq ans exigé avant de pouvoir faire partie du jury pour les concours de Bicêtre et de la Salpêtrière ne s'appliquerait qu'au médecin du Bureau d'admission. Dans l'avenir, c'est-à-dire quand le concours sera institué pour les asiles, et c'était le désir de M. Hérold, auteur de l'arrêté, et quand le Bureau d'admission ne servira plus que de passage, de lieu de réception et de répartition aux malades, il est probable que ce sera le dernier médecin nommé qui prendra le Bureau d'admission.

Il est probable aussi que cette condition de stage a été inspirée par l'article du Règlement des concours du Bureau central des hôpitaux, qui veut que les médecins et les chirurgiens du Bureau central ne puissent faire partie du jury du Bureau central qu'au bout de *cinq ans*. Et cette prescription est très sage. Elle a pour but de faire qu'un médecin ou un chirurgien ne puisse être le juge, demain, d'un de ses confrères dont il était, hier, le concurrent. Les circonstances voulant que l'Administration ait été obligée de nommer à l'asile de Villejuif, non pas le ou les médecins du Bureau d'admission, il s'ensuit que, logiquement, la condition des cinq ans d'exercice comme médecin chef de service doit s'appliquer aux médecins de l'asile de Villejuif. Toute autre interprétation serait blessante pour le ou les médecins du Bureau d'admission et n'aurait aucun sens.

Toutes ces irrégularités disparaîtront entièrement le jour où le concours sera établi pour les places de médecin en chef et de médecin-adjoint de tous les asiles de la Seine et lorsque le service des aliénés, étant rattaché à l'Assistance publique, il n'y aura plus deux administrations de l'Assistance publique. Cette double réforme rendra de réels services à la science, aux malades et à leurs familles.

(1) Nous pouvons encore relever ce fait, c'est que M. Ch. Féré, nommé à la suite du concours où M. Vallon « s'est dérobé » ne peut pas faire partie du jury.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juin 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Charpentier continue ses recherches sur *les illusions visuelles*. Poursuivant la description qu'il a donnée dans une des dernières séances, il montre que l'observateur peut faire volontairement subir à son regard de petits déplacements en divers sens autour de l'objet considéré, sans cesser de percevoir le mouvement continu de celui-ci dans la direction primitive. Jamais il ne se manifeste de déplacement apparent suivant la profondeur : l'objet paraît rester à la même distance de l'œil.

M. Saint-Remy communique les résultats de ses recherchés sur le *cerveau du Scorpion*.

M. Jourdan étudie la structure de la *vésicule germinative du Siphonostoma diplochœtos*.

MM. Charbonnel-Salle et Phisalix ont cherché à déterminer l'*évolution post-embryonnaire du sac vitellin chez les oiseaux*. Après l'éclosion, la plus grande partie des matières du jaune est absorbée sous forme de corpuscules biréfringents : à la période ultime, le contenu du sac vitellin est caractérisé par l'abondance des sels calcaires qui, s'associant à une matière organique, forment des concrétions à couches concentriques.

M. Prouho décrit le *système vasculaire du Spatangus purpureus*.

M. J. Gazagnaire critique le travail dans lequel M. Vialanes a fait connaître, chez les insectes, *un nouveau type de tissu élastique*. Ces prétendues cellules élastiques ne seraient que des glandes unicellulaires ayant pour fonction de lubrifier les régions où se déversent leurs conduits excréteurs.

M. L. Roule signale quelques particularités histologiques du *tube digestif des ascidies simples*.

L'Académie procède à l'élection d'un membre pour la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. Vulpian, nommé secrétaire perpétuel.

Au premier tour de scrutin, sur 55 votants, M. Brown-Séquard est élu par 36 suffrages contre M. Germain Sée, qui obtient 19 voix. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 juin 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

M. Poncet, répondant à M. Vassaux qui nie les microbes du chalazion, pense que cet auteur n'a pas réussi parce qu'il a surtout examiné la paroi et non la matière sébacée constitutive de la petite tumeur. On les y trouve toujours, ainsi que M. Boucharon l'a également constaté.

M. le secrétaire général adresse les félicitations de la société à M. Brown-Séquard, élu membre de l'Académie des sciences.

M. Brown-Séquard répond en termes émus.

M. Laborde remet une note de M. Bardet sur la *piliganine*, poison convulsivant.

Il présente en outre un cobaye atteint d'ectopie cardiaque et chez lequel il a pris d'intéressants tracés des battements du cœur.

M. Gazagnaire relève une erreur commise par M. Vialanes. Cet auteur a pris en effet pour des éléments élastiques certaines parties constitutives des glandes glutineuses des

© BIU Santé

insectes. M. Gazagnaire a découvert en outre sur la face ventrale du labre des Dytiques en particulier des tubes qu'il considère comme des glandes salivaires.

M. Beauregard appuie les premières considérations de M. Gazagnaire. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juin. — Présidence de M. U. Trélat.

L'Académie procède à une double élection. Dans la section des associés étrangers, le nombre des votants étant de 64, la majorité 33, M. James Paget (de Londres) est élu par 57 voix contre 5 données à M. Van Beneden (de Bruxelles). Pour l'élection d'un correspondant national, le nombre des votants étant de 54 et la majorité 28, M. Mahé (de Constantinople) obtient 42 voix contre 7 données à M. Grasset (de Montpellier) et 5 à M. Carlet (de Grenoble). En conséquence, M. Mahé est nommé correspondant national de l'Académie.

M. Terrillon donne la relation d'un cas intéressant d'hystérectomie pour un fibrôme volumineux et kystique de l'utérus traité avec succès. Les cas de ce genre sont assez rares pour mériter toute l'attention des chirurgiens.

Il s'agissait dans ce cas d'une femme de 46 ans, bien portante d'habitude et qui était atteinte de cette affection depuis sept années environ. Il existait dans l'abdomen deux espèces de tumeurs, l'une fluctuante, l'autre dure et solide. L'opération, pratiquée le 6 mars 1886, permet de reconnaître une tumeur contenant environ deux litres de liquide et multiloculaire ; à côté de celle-ci développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus se trouvait un fibrôme dur implanté sur la corne droite de l'organe utérin ; ce dernier fut enlevé facilement. Quant à la tumeur principale kystique, elle fut enlevée avec l'utérus au moyen d'une section pratiquée au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le pédicule, de la grosseur du poing, fut fixé à la plaie abdominale après avoir été lié avec un lien de caoutchouc plein. Après quinze jours, le pédicule se détacha et la guérison était obtenue le 35e jour. Actuellement, la malade est en parfait état. M. Terrillon appelle l'attention sur deux points principaux : 1° le volume des tumeurs ; le fibrôme solide pesait 7 kilogr., la tumeur kystique, 16 kilogr. ; les liquides contenus dans les kystes ne renfermaient pas de paralbumine et les cavités étaient tapissées de cellules aplaties ; 2° Enfin la guérison définitive qui eut lieu en un temps relativement court et sans aucun accident. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

17. Rapport sur la candidature de M. Martin de Gimard au titre de membre-adjoint ; par M. Tissier.

Parmi les présentations faites par M. Martin de Gimard à la Société anatomique, il en est deux sur lesquelles nous attirerons tout particulièrement l'attention de la Société. Dans une, il s'agissait d'un malade mort de diarrhée chronique et dont voici en quelques mots l'histoire : Cet homme, parti comme soldat au Tonkin, y avait été atteint de dysentérie ; guéri, il avait pu reprendre son service et revenir bien portant à Toulon ; deux ans après cette attaque de dysentérie, il est pris de diarrhée lors de son retour à Paris, le troisième jour de son arrivée. La diarrhée augmente d'intensité tous les jours et le malade se décide enfin à se soigner et entre à Cochin près de trois mois après le début des accidents. Sa cachexie est extrême ; il ne peut rien supporter ; il souffre d'une soif que rien ne peut assouvir ; il a simultanément des troubles pulmonaires et une parotidite qui suppure. A l'autopsie on trouve toutes les lésions caractéristiques de la dysentérie et une infiltration de cellules embryonnaires de toute la muqueuse de l'intestin grêle. On trouve aussi au niveau du bord antérieur du poumon gauche un abcès du volume d'une grosse noisette.

Ce qui nous a paru tout d'abord intéressant dans ce cas, c'est l'absence d'anguillules dans les selles. Cet entozoaire ne saurait être considéré comme le véritable agent pathogène de la dysentérie et de la diarrhée de Cochinchine. Si on l'a trouvé chez un certain nombre de malades, dans beaucoup de cas aussi on l'a vu faire défaut ainsi que chez le malade de M. Martin de Gimard.

Ce fait nous semble en outre intéressant parce qu'il nous montre avec deux lésions identiques des symptômes différents : d'abord des signes de dysentérie, ensuite de la diarrhée simplement. Ceci semble en faveur de l'opinion des auteurs qui considèrent la diarrhée de Cochinchine comme une forme atténuée de la dysentérie.

En outre, il est curieux de voir le malade guérir, ou tout au moins sembler guérir de sa dysentérie et être repris de désordres intestinaux non pas après son retour en France, mais seulement lors de son arrivée à Paris et malgré un séjour de vingt-deux mois à Toulon. On s'expliquerait facilement cette diarrhée par le changement de climat ; mais le soldat dont il s'agit est revenu à Paris au mois d'août pendant un des mois où la température est le plus élevée. Le changement climatérique ne saurait donc être invoqué ici comme cause principale du dérangement intestinal. On trouve bien plus facilement l'explication de ce dérangement dans les excès, conséquence du retour après libération du service militaire.

Un autre point qui nous semble aussi devoir être noté, c'est la localisation des manifestations pyoémiques. Celles-ci, lorsqu'elles apparaissent dans le cours de la diarrhée ou de la dysentérie pendant un séjour dans la Cochinchine, le Tonkin, etc., ont presque toujours pour siège le parenchyme hépatique. On n'a rien trouvé du côté du foie du malade en question ; par contre il y a eu une parotidite suppurée et un abcès pulmonaire. Le malade a traversé deux périodes distinctes : une première au Tonkin où, vu la tendance à la congestion hépatique habituelle dans ce pays, s'il avait dû faire du pus il l'eût fait dans le foie et une seconde période distincte de la première bien que pouvant être considérée comme une récidive.

Pendant cette dernière période l'affection change de caractère ; c'est une diarrhée chronique au point de vue symptomatique et malgré les ulcérations nouvelles et très étendues il n'y a plus ni douleur ni ténesme. En même temps il n'y a que peu de tendance aux désordres hépatiques et lorsque la plaie intestinale provoque des abcès métastatiques elle le fait aussi bien, et dans le cas qui nous occupe, plutôt ailleurs que dans le foie.

Dans une seconde présentation, M. Martin de Gimard a montré les pièces d'un malade qui avait succombé à la rupture d'un anévrysme mésentérique. Ce malade entrait à Cochin pour la seconde fois ; dans un court séjour qu'il y avait fait une première fois on avait constaté les signes d'une anémie intense. On trouve à sa rentrée les signes d'une endocardite aiguë, souffle à la pointe systolique et présystolique, affaiblissement, pâleur et bouffissure de la face sans œdème vrai, fièvre vive. Le malade meurt tout à coup sans avoir présenté de convulsions.

A l'autopsie, on trouve une lésion mitrale, une végétation volumineuse au voisinage du bord de la grande valve de la mitrale, du côté de sa face auriculaire, et des végétations moins volumineuses sur la même valve mais du côté ventriculaire ; en un point de cette face une légère ulcération peu profonde. Infarctus, pâleur des reins, augmentation du volume de la substance corticale. Mais ce qui frappe tout d'abord avant même l'ouverture du cadavre c'est l'augmentation du volume du ventre résultant d'un épanchement considérable de sang dans la cavité abdominale. On trouve la cause de cet épanchement de sang en examinant le mésentère. Il y a à la partie moyenne du jéjunum un orifice communiquant avec un anévrysme volumineux. Cet anévrysme siège au niveau de la partie moyenne du jéjunum, il est situé entre les deux feuillets du mésentère. Après dissection on voit que c'est un anévrysme circonscrit, développé aux dépens du tronc même de l'artère mésentérique supérieure.

Cet homme avait eu une attaque de rhumatisme antérieure ; il a eu une endocardite aiguë et à l'occasion de celle-

© BIU Santé

ci son anévrysme s'est rompu. Cet anévrysme n'avait été révélé par aucun signe net et sa situation devait, si l'attention eût été attirée du côté de l'abdomen, rendre peu facile la perception de la tumeur anévrysmale. Il était par suite de son siège placé en arrière des circonvolutions intestinales et dans une partie du mésentère extrêmement mobile.

Comment s'est rompu cet anévrysme? Faut-il faire intervenir un nouveau travail phlegmasique se produisant dans la paroi de l'anévrysme comme dans l'endocarde, ou faut-il au contraire incriminer l'action mécanique résultant du trouble circulatoire, conséquence à la fois de la lésion cardiaque et de la fièvre intense? Les deux causes ont pu intervenir dans cette circonstance.

Quoiqu'il en soit, le peu de fréquence des anévrysmes de l'artère mésentérique supérieure et surtout d'anévrysmes présentant un volume relativement aussi grand, donne à cette présentation un intérêt tout particulier.

Séance du 26 mars.—PRÉSIDENCE DE M. CORNIL

18. Kyste poplité d'origine articulaire développé aux dépens de la bourse séreuse propre au jumeau interne par Paul POIRIER, prosecteur à la Faculté.

J'ai rencontré ce kyste en disséquant le creux poplité d'un sujet âgé d'environ 40 ans. Il a le volume d'une grosse noix; sa surface mamelonnée donne à la tumeur l'apparence polykystique; sa paroi transparente laisse apercevoir la gelée de coings qu'il contient. Il est placé transversalement sur la face dorsale ou postérieure du jumeau interne, il recouvre la partie terminale du corps charnu de ce muscle; c'est dire qu'il répond au tiers supérieur de la saillie condylienne.

Je crus d'abord que ce kyste était formé par une de ces hernies de la synoviale articulaire dont j'ai signalé la fréquence à la partie médiane des coques condyliennes. Mais, en disséquant attentivement sa face adhérente, je m'aperçus qu'il n'adhérait que très faiblement au muscle et qu'il n'envoyait aucun prolongement entre les fibres musculaires; je pus voir aussi que son extrémité interne s'effilait en un pédicule, formé de lobules kystiques plus petits; ce pédicule contournait le tendon jumeau et se perdait dans la bourse séreuse propre du jumeau avec laquelle il ne communiquait plus.

Une dissection minutieuse des bourses séreuses de la région, me montra que, sur ce sujet, la bourse séreuse commune au jumeau interne et au semi-membraneux était divisée, comme elle l'est normalement chez l'enfant, en deux bourses séreuses verticalement superposées: l'une, supérieure, propre au jumeau interne, l'autre inférieure, commune au jumeau interne et au demi-membraneux. On sait que cette disposition, normale chez l'enfant, persiste chez l'adulte dans la proportion de 10 à 15 0/0. *Or, la bourse séreuse propre au jumeau communiquait très largement avec la synoviale articulaire par un grand orifice fusiforme et transversal, taillé aux dépens de la coque condylienne.*

Ce fait tend à confirmer la règle que je cherche à démontrer, à savoir: que la très grande majorité, sinon la totalité des kystes poplités, sont d'origine articulaire; et cela est aussi vrai pour les kystes qui affectent les caractères d'une véritable hernie synoviale, que pour ceux qui siègent dans les bourses séreuses de la région. En effet, on n'a rencontré ces derniers, à ma connaissance, que dans les bourses séreuses qui peuvent communiquer, normalement ou accidentellement, avec l'articulation; c'est-à-dire, dans la bourse séreuse propre au jumeau interne et dans la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux; car cette dernière peut communiquer avec l'articulation, par l'intermédiaire de la précédente, chez l'adulte.

19. Kyste poplité d'origine articulaire développé aux dépens de la bourse séreuse du jumeau interne; par Paul POIRIER, prosecteur à la Faculté.

La disposition de ce kyste est exactement celle du précédent dont il ne diffère que par un volume moindre (petite olive). Son pédicule, formé de lobules kystiques plus petits que ceux qui composent la masse principale, contourne le tendon du jumeau interne et se perd dans la bourse séreuse propre à ce muscle. Cette bourse, séparée de la bourse sous-jacente, communique largement avec l'articulation qui présente des lésions d'arthrite chronique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juin 1886.— PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

Traitement de l'hydrocèle. — M. M. SÉE emploie une solution à 10 °/₀ de chloral, et injecte dans la tunique vaginale environ 60 grammes de cette solution qui présente tous les avantages de la teinture d'iode.

Uréthrotomie interne. — M. GUYON expose les indications et le manuel opératoire de l'uréthrotomie interne; il la considère comme une opération bénigne, à la condition qu'on se serve d'une lame correspondant au n° 22 ou 23 de la filière Charrière et qu'on introduise ensuite une sonde de petit calibre. M. Guyon fait l'uréthrotomie pour permettre la dilatation progressive lente qui est la vraie méthode de traitement des rétrécissements. Il commence la dilatation quand la plaie uréthrale est cicatrisée, c'est-à-dire environ 7 à 8 jours après l'opération.

De 1867 à 1886 M. Guyon a pratiqué 459 fois l'uréthrotomie interne, dont 446 pour des rétrécissements blennorrhagiques et 13 pour des rétrécissements traumatiques; 20 opérés sont morts, la plupart de complications étrangères à l'opération dont la mortalité ne s'élève pas au delà de 1,50 °/₀.

Fistule à l'anus; rectotomie. — M. RECLUS a pratiqué la rectotomie sur un jeune tuberculeux dont la fistule avait été incisée sans succès; l'écoulement du pus se fait maintenant facilement; tout permet de prévoir que la guérison va être rapide et qu'il ne restera pas de rétrécissement.

Traitement des fractures du péroné et du radius par la mobilisation et le massage.— M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE donne lecture de plusieurs cas de fracture du radius et du péroné par la mobilisation et le massage. Dans tous ces cas, la guérison a été parfaite. Le massage fait disparaître la douleur, diminue la longueur du traitement et met à l'abri des roideurs articulaires. Paul POIRIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. ROBIN lit un long mémoire sur *la solubilisation des résidus organiques incomplètement oxydés* et dangereux dans la fièvre typhoïde. Tout d'abord l'auteur cherche à obtenir cette solubilisation par la combinaison des résidus azotés organiques avec certains médicaments qui en s'éliminant par les urines entraînent ainsi un certain nombre de déchets organiques auxquels il se sont unis. Tels sont par exemple les acides salicylique et benzoïque qui se combinent au glycocolle et sont éliminés sous forme d'acide salicylurique et hippurique qu'on retrouve dans les urines. Partant de ces données, si on administre à un sujet normal, soumis à un régime d entretien, de l'acide benzoïque ou du benzoate de soude on voit les matières solides de l'urine ainsi que l'urée diminuer légèrement; on pourrait donc supposer que cet abaissement du chiffre des résidus de la combustion organique tient à une diminution des oxydations; or, il n'en est rien, l'acide benzoïque, ayant entraîné une partie des résidus azotés incomplètement oxydés, ceux-ci n'ont pas eu besoin de se brûler complètement et par suite les produits de combustion totale ont diminué d'autant. L'acide salicylique et le salicylate ont une action analogue. Mais on peut également administrer des substances qui dans l'organisme se transforment en acide benzoïque et jouent alors un rôle analogue. Ces produits sont très nombreux, tels sont le toluène, l'acide toluique, phénylacétique, l'éthyl et propyl-benzine, etc. Mais il y a lieu de faire un choix, plusieurs de ces corps étant insolubles. L'auteur

© BIU Santé

a employé l'acide méthylsalicylique à l'état de sel et à la dose de six grammes ; on le retrouve tout entier dans l'urine sous forme d'acide méthylsalicylurique ; l'acide anisique à la même dose se comporte de même et passe en totalité à l'état d'acide anisurique. Enfin l'acide phénylacétique à la dose de six grammes est éliminé par l'urine sous forme d'acide phénacéturique dont on ne retrouve que quatre à cinq grammes. Cinq typhiques ont été traités par cette méthode et ils ont éliminé une quantité plus considérable de leurs résidus organiques qu'avec les procédés thérapeutiques ordinaires.

M. Renaut lit une observation de pneumonie à foyers successifs et séparés les uns des autres, terminée par guérison.

M. Moutard-Martin ayant à soigner un tuberculeux atteint de bronchite, commença par lui donner chaque jour 0 gr. 10 d'extrait thébaïque ; n'obtenant aucun résultat il en prescrivit successivement une dose quotidienne de 0 gr. 15, puis 0 gr. 20, enfin en quinze jours il arriva à 0 gr. 45 et seulement alors le malade fut soulagé. Aujourd'hui il en prend 0 gr. 50 par jour sans avoir jamais présenté le moindre signe d'intoxication.

MM. Rendu et Desnos font de fortes réserves sur la pureté du produit et recommandent une expérience de contrôle avec une substance *certainement* pure.

M. Vidal lit une note sur la production cornée *longue de* 0,21 *cent.* enlevée sur la tête d'une femme par M. Dubrandy et présentée le 11 mai dernier à l'Académie de Médecine. Il en donne une description minutieuse et insiste sur ce fait qu'elle existait en même temps que des kystes sébacés ; cette coïncidence n'est pas rare, parfois même la corne prend naissance au fond d'un kyste. L. Capitan.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

III. Traitement chirurgical de la péritonite; par le Dr H. Truc ; Félix Alcan, Paris, 1886.

III. On ne peut se défendre, en lisant le titre seul de la thèse d'agrégation de M. Truc, de faire un certain rapprochement entre ce travail imposé et sa thèse de doctorat, dont le sujet a été choisi de propos délibéré et qui est, on le sait, *Chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques*. Dans l'un et l'autre cas l'auteur a eu à traiter une question à l'ordre du jour, toute pleine d'actualité. C'était une belle occasion de faire pressentir toutes les espérances qu'on peut fonder sur les succès toujours croissants de la chirurgie antiseptique moderne, et en particulier de la chirurgie thoracique et abdominale ; aussi n'y a-t-il pas manqué, cette fois-ci comme dans son premier ouvrage. Et d'autre part pour l'un comme pour l'autre sujet, aucun travail d'ensemble avant ces deux thèses dans ces deux ordres d'idées, pas de voie nettement tracée. Malgré cela, fort de ses recherches antérieures sur la chirurgie thoracique, M. Truc a pu sans guide conduire à bien la tâche qui lui était échue et écrire un bon chapitre de thérapeutique sur un point particulier et des moins connus de la chirurgie abdominale.

Jadis on était fort prudent lorsqu'il s'agissait de toucher aux séreuses, et le péritoine surtout était « une sorte de *noli me tangere*. » Mais, à l'heure actuelle, un chirurgien ne redoute plus cette susceptibilité, exagérée d'ailleurs par les anciens, des séreuses viscérales ou autres, et grâce aux méthodes opératoires nouvelles, il ne craint pas dans beaucoup de cas d'empiéter sur le domaine de la médecine proprement dite. Et M. Truc, par ses deux thèses, semble avoir à cœur de démontrer comment désormais la thérapeutique médicale doit quelquefois céder le pas à l'intervention chirurgicale. C'est ce qui a lieu pour la péritonite où la médication interne est par trop souvent insuffisante. Cependant cette dernière doit-elle être remplacée complètement par l'action chirurgicale ? Aujourd'hui, comme le dit M. Truc, il est impossible de se prononcer et une réponse trop absolue serait hasardée ; on doit se borner à constater, à analyser les tentatives déjà faites, et attendre que l'on possède des observations plus nombreuses et plus variées, au lieu de se laisser entraîner à des considérations plus ou moins hypothétiques sur ce mode de traitement d'ailleurs plein de promesses.

C'est surtout pour la péritonite *généralisée* que des réserves doivent être faites, car l'intervention chirurgicale dans les péritonites *localisées* donne depuis longtemps des résultats démonstratifs. L'auteur a étudié successivement le traitement chirurgical des principales variétés de péritonites : *traumatiques* (post-opératoires et accidentelles), et *non traumatiques* (par perforation, occlusion intestinale, etc.) et a ajouté comme appendice à son travail plusieurs chapitres du plus grand intérêt ; l'un sur les aptitudes réactionnelles du péritoine au point de vue chirurgical, un autre plus pratique sur le manuel opératoire, un autre encore sur les laparotomies exploratrices, enfin un dernier, trop écourté à notre avis, où il relate plusieurs expériences pratiquées sur les animaux dans le but de contrôler les résultats fournis par la clinique, ou tout au moins de lui prêter un appui très sérieux. M. Truc promet de revenir un jour à cette question et de continuer les expériences qu'il a entreprises à ce propos ; nous souhaitons vivement qu'il ne fasse pas trop longtemps attendre ceux qui s'y intéressent et ne pouvons que le féliciter de n'avoir pas dans une thèse d'agrégation complètement passé sous silence le point de vue expérimental, ce qui ne dépare jamais un travail de compilation. Marc. B.

THÉRAPEUTIQUE

Médication Ferrugineuse.

Le fer est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang (1).

Le sang d'un individu bien portant contient environ 3 grammes de fer, et lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies, telles que l'anémie, la chlorose, les hémorrhagies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer, et pour guérir ces maladies, il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme, sans fatiguer les voies digestives, et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (2). Le docteur Rabuteau (3) a résolu le problème en préparant des Dragées, contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, vingt-cinq milligrammes de sel ferreux chimiquement pur. Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez, pour l'examen microscopique du sang (4) ont permis aux médecins d'étudier la valeur thérapeutique du Fer Rabuteau.

Parmi les observations publiées à ce sujet, nous rappellerons la suivante, qui est pleine d'intérêt. Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille profondément chloro-anémique, entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, et mise en expérience le 4 décembre. Son sang, examiné au *comple-globules* par le professeur Potain, ne contenait que 2.919.000 globules rouges par millimètre cube, la moyenne normale étant d'environ 4.500.000.

Elle prit, matin et soir, au moment des repas, deux

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang. Leçons de thérapeutique* faites à la Faculté de médecine de Paris.

(2) Ch. Richet. *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux*, Paris, 1878.

(3) A. Rabuteau. *Traité de thérapeutique et pharmacologie*. Paris, 1884.

(4) Robert Moriez. *La chlorose* (Thèse d'agrégation). Paris, 1880.

© BIU Santé

Dragées de Fer Rabuteau. Les examens successifs, jusqu'au 24 décembre, jour de sa sortie, donnèrent les résultats suivants :

	Nombre de globules rouges, par millimètre cube.
4 décembre (jour d'entrée).	2.919.000
7 —	3.486.000
12 —	3.696.000
24 — (jour de sortie).	4.578.000

La malade avait donc gagné en vingt jours 1.659.000 globules, soit 82.950 globules rouges en moyenne par millimètre cube de sang et par jour.

La guérison était obtenue, attendu que le nombre des globules avait atteint la normale, qui est un peu inférieure à 5.000.000 par millimètre cube chez la femme. Nous devons ajouter que, pendant la durée du traitement, l'appétit fut excellent; il n'y eut ni diarrhée ni constipation.

Cette étude si précise démontre que dans la chloro-anémie le Fer Rabuteau régénère les globules rouges sanguins malades avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux; il leur donne plus de valeur physiologique et les rend plus riches en matière colorante.

En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation, ni la diarrhée; comme il ne demande pour être absorbé aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques; chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état anémique persistant depuis longtemps, et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les Dragées de Rabuteau, prises à la dose de 4 par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves, où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées de Rabuteau sont employées avec succès dans tous les cas où le fer est indiqué. Elles doivent être prises à la dose de 2, matin et soir, aux repas.

CORRESPONDANCE

Berlin, le 20 juin 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Le Congrès des Savants et des Médecins, qui doit se tenir en septembre de cette année à Berlin, promet d'être très remarquable et doit attirer l'attention.

Le Dr Virchow s'y intéresse tout particulièrement, ce qui constitue une garantie de succès. Nous apprenons, en outre, que le comité a résolu, à l'instigation de la *Société Coloniale allemande*, de faire une section spéciale de Géographie médicale, de Climatologie et d'Hygiène. On y traitera des conditions d'existence dans les pays étrangers, en particulier dans les pays tropicaux, et on discutera surtout en se basant sur des observations personnelles. La Société coloniale allemande, sous la présidence du Conseiller Hirsch, a fait les premières démarches et s'occupe de s'assurer l'adhésion des hommes compétents. Voici les sujets principaux auxquels la section s'intéresse principalement.

I. Acclimatement en général.

a) Acclimatement au point de vue des races.

b) Hygiène des Européens dans les pays tropicaux.

II. Civilisation des indigènes; moyens propres à leur donner le goût du travail.

a) Méthodes à employer dans les pays tropicaux et les pays voisins.

b) Concours de la race blanche à ces travaux.

III. Détails spéciaux sur les conditions sanitaires et intellectuelles des colonies allemandes et des pays protégés par l'Allemagne, ainsi que sur les pays vers lesquels une immigration nationale serait indiquée : Côte de Togo, Cameroon, Sud-ouest de l'Afrique, Est de l'Afrique, Nouvelle Guinée, La Plata, Brésil (partie méridionale), Transvaal, Orient. L. CASPER.

BIBLIOGRAPHIE

Pathogénie des néphrites; par le Dr. GAUCHER, Paris, 1886. — O. Doin, éditeur.

L'auteur s'est inspiré dans sa thèse d'agrégation, pour l'étude de la pathogénie des néphrites, des idées que M. Bouchard a si éloquemment émises dans son cours de pathologie générale. D'après ce professeur, il n'y a que quatre grands processus pathogéniques : 1° les dystrophies élémentaires primitives; 2° l'infection; 3° les troubles préalables de la nutrition; 4° les réactions nerveuses.

Après quelques dissertations sur ce thème fort heureusement choisi, M. Gaucher aboutit à une classification des néphrites qui peut être discutée, mais qui est assez rationnelle.

Dans une *première classe*, il range les néphrites par altération primitive des éléments anatomiques (néphrites traumatiques; néphrites toxiques; néphrite interstitielle consécutive à la rétention d'urine, à l'oblitération ou au rétrécissement des voies d'excrétion, à la ligature des uretères; lésions consécutives à la ligature de l'artère rénale; néphrites dystrophiques par angustie du système artériel; néphrites par stase, rein cardiaque, thrombose et ligature de la veine rénale; certaines néphrites interstitielles par excès d'action du rein, excès de boisson, polyurie chez les diabétiques).

Dans une *seconde classe* prennent place les néphrites par infection (néphrites infectieuses proprement dites, néphrites infectieuses ascendantes).

Dans la *troisième classe* se rangent les néphrites par troubles préalables de la nutrition (néphrites diathésiques et cachectiques).

Enfin les néphrites par réactions nerveuses forment la *quatrième classe*.

Malgré les efforts sérieux faits par l'auteur, la pathogénie des néphrites n'a pas fait un pas. Il ne saurait en être autrement dans un travail de cette nature. C'est une preuve de l'inanité de cette épreuve coûteuse qu'on appelle la thèse d'agrégation. Voilà un candidat (il n'est pas le seul) qui s'est battu les flancs pendant trois mois et qui a vidé sa bourse pour publier un travail dont il ne restera rien. Qu'attend-on pour modifier cette épreuve ruineuse ?

VARIA

Le concours pour une place de médecin aliéniste des hôpitaux.

« Le concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés, qui devait s'ouvrir le lundi 28 juin, est remis au mardi 6 juillet. Ce retard a été provoqué par quelques irrégularités qui ont nécessité le tirage au sort d'un nouveau jury. Celui-ci est définitivement composé de MM. Bouchereau, Dagonet, Vallon, Voisin (Auguste), Empis, Lancereaux et Straus.

« La composition de ce nouveau jury soulève encore quelques réflexions : 1° Il ne comprend aucun médecin aliéniste nommé au concours; 2° Un des membres de ce jury est un ancien candidat qui, au dernier concours, s'est dérobé à la première épreuve et qui depuis a été nommé directement médecin en chef d'un des principaux asiles de la Seine.

« Quand on n'a pas su affronter les épreuves d'un concours, il paraîtra sans doute singulier qu'on accepte la délicate mission d'en être le juge, mais ce qu'il faut surtout déplorer, c'est que les règlements administratifs autorisent de pareils faits.

« Nous espérons qu'éclairée par cet exemple, la Préfecture de la Seine reconnaîtra la nécessité, déjà tant de fois démontrée, de ne s'adresser qu'au concours pour le recrutement des médecins de tous les asiles, et, qu'en attendant, l'administration de l'Assistance publique, jalouse de sauvegarder les prérogatives de ses médecins, demandera une modification du règlement et réclamera le droit de ne choisir désormais les membres du jury que parmi les médecins des hôpitaux et les seuls médecins aliénistes issus du concours. » (*Semaine médicale*, n° du 30 juin 1886.)

© BIU Santé

Maison Nationale de Charenton.—Arrêté fixant les conditions du concours pour l'admission aux emplois d'interne en médecine de la Maison Nationale de Charenton (1).

Article premier. — Il est établi un concours pour la nomination aux emplois d'interne en médecine de la Maison Nationale de Charenton. — *Art.* 2. Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions, qui auront été agréés par le Directeur et par le corps médical de la Maison Nationale. Les docteurs en médecine ne pourront pas prendre part au concours. — *Art.* 3. Les candidats qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat de la Maison Nationale pour obtenir leur inscription, en y déposant : 1° Leur acte de naissance ; 2° Les certificats constatant qu'ils remplissent les conditions prescrites par l'article 2 et qu'ils sont de bonnes vie et mœurs. La liste des candidats sera close 8 jours avant la date de l'ouverture du concours. — *Art.* 4. Le Jury est composé de MM. les médecins et chirurgiens de la Maison Nationale auxquels seront adjoints deux membres nommés par nous parmi les médecins inspecteurs généraux des services administratifs, les médecins de l'administration centrale ou des établissements généraux de bienfaisance. — *Art.* 5. Sur la proposition du Directeur de la Maison Nationale de Charenton, le Jury sera composé par nous et réuni au ministère de l'intérieur toutes les fois qu'il sera nécessaire. Il dressera la liste des candidats admis, qui seront nommés au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de leur classement. Cette liste, certifiée conforme, sera adressée, aussitôt après le concours, au Directeur de l'établissement par le Président du Jury. — *Art.* 6. La durée de l'internat est fixée à trois ans. Tout interne titulaire est autorisé à se faire recevoir docteur en médecine dans cet intervalle, sans être forcé de quitter ses fonctions, mais le candidat inscrit sur la liste des admis qui aura passé sa thèse avant d'être titularisé aura ainsi renoncé implicitement à sa nomination. — *Art.* 7. Les épreuves du concours seront les suivantes : 1° Composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux ; 2° L'épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il sera attribué 20 points à cette épreuve.

Art. 8. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury, avant l'ouverture de la séance Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de le faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le Jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance — *Art.* 9. Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par des membres du Jury. Tout candidat qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a sensiblement changé le texte primitif, est exclu du concours. Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le président ; elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des membres du Jury. — *Art.* 10. A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués. — *Art.* 11. Le jugement définitif portera sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). NOTA. — L'allocation accordée aux internes de la maison nationale de Charenton est : Pour la 1re année, de 1,500 fr. ; pour la 2e année de 1,600 fr. ; pour la 3e année de 1,700 fr. En dehors de l'Interne de garde, qui est nourri et logé, les Internes ont droit au déjeuner.

Publicité des procès-verbaux du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Dans le numéro 24 du *Progrès médical*, nous avons dit que sur la proposition de notre ami Robinet, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, avait demandé à l'Administration de faire imprimer les procès-verbaux de ses séances. L'opposition que nous avions signalée a disparu et nous apprenons que le procès-verbal de la séance du jeudi 6 mai a été imprimé et distribué, mais seulement aux membres du Conseil de surveillance. C'est là, une publicité trop restreinte. Nous persistons à croire qu'il conviendrait de faire paraitre les procès-verbaux traitant d'affaires essentiellement municipales dans le *Bulletin de la Ville de Paris*. Il y aurait à cela un double avantage : ce serait de mettre des documents intéressants à la disposition de tous ceux qui s'occupent des questions d'Assistance publique et d'inspirer au public le goût de l'étude de ces questions.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 26, p. 550.

Autopsie du roi Louis de Bavière.

La *Gazette hebdomadaire* nous apprend que :

Le résultat de cette autopsie donne avec une remarquable netteté la clef des manifestations cliniques observées depuis des années chez le roi de Bavière, atteint d'une aliénation mentale dans laquelle l'hérédité a également joué son rôle. Les lésions du crâne et du cerveau sont de beaucoup les plus intéressantes. Le cuir chevelu est épaissi, le crâne petit et un peu asymétrique. La voûte crânienne est extrêmement mince, les sutures frontale et sagittale ossifiées à la face interne ; le frontal présente des ostéophytes de volume variable à sa face interne ; le sinus veineux longitudinal supérieur est énormément dilaté en arrière, rétréci en avant au niveau de l'ethmoïde, les granulations de Pacchioniy font saillie. La dure-mère est épaissie, surtout au niveau du frontal, et très hypérémiée ; le sphénoïde et les rochers présentent des exostoses ; la selle turcique est asymétrique, poreuse et friable. Les sinus de la base sont gorgés d'un sang noir et fluide. Le poids du cerveau est de 1,349 grammes. L'arachnoïde est épaissie sur une grande étendue. Au niveau de la circonvolution frontale ascendante gauche dans sa partie antérieure et du début de la première circonvolution frontale, l'arachnoïde et la pie-mère ont contracté des adhérences et forment un épaississement de la dimension d'une pièce de 1 franc ; à ce même endroit, la voûte crânienne est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier. Plusieurs circonvolutions sont atrophiées par place. La substance cérébrale est hypérémie et présente un certain degré de ramollissement. Dans les autres organes, les lésions sont insignifiantes, l'estomac présente les lésions du catarrhe chronique.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 5. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Bouchardat, Gay, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Gariel, Blanchard, à 1 heure. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Desplats, Bouchardat, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Gay, Hanriot ; — 3e *Série* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Marc Sée, Farabeuf, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Trélat, Polaillon, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Le Dentu, Terrillon. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy.

MARDI 6. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Bourgoin, Desplats, Hanriot ; — 2e *Série* : MM. Bouchardat, Gay, Blanchard ; — 3e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Pouchet, à 1 heure. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Duplay, Richelot, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Laboulbène, Bouchard, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Grancher, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Richet, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Polaillon, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie (Charité) : MM. G. Sée, Ball, Raymond.

MERCREDI 7. — A 1 heure. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Desplats, Hanriot ; — 3e *Série* : MM. Gariel, Bouchardat, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Damaschino, Marc Sée, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Polaillon, Straus. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Lannelongue, Le Dentu, Segond ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Farabeuf, Kirmisson. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Rendu.

JEUDI 8. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Bourgoin, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Gay, Hanriot ; — 3e *Série* : MM. Bouchardat, Gariel, Blanchard, à 1 heure. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Richet, Richelot, Debove ; — 2e *Série* : MM. Panas, Polaillon, Hallopeau ; — 3e *Série* : MM. Le Fort, Ball, Bouilly ; — 2e partie : MM. Vulpian, Laboulbène, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Duplay, Humbert ; — 2e partie : MM. Bouchard, Grancher, Hanot. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Hardy, Brouardel, Raymond ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Hutinel.

VENDREDI 9. — A 1 heure. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Regnauld, Damaschino, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Gay, Hanriot ; — 3e *Série* : MM. Bouchardat, Desplats, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Le Dentu, Marc Sée, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Farabeuf, Terrillon.

SAMEDI 10. — A 9 heures. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Bourgoin, Gay, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Bouchardat, Lutz, Guebhard à 1 heure. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Duplay, Richelot, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. Panas, Laboulbène, Peyrot. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Vulpian, Proust, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Hutinel. 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Campenon ; — 2e *Série* : MM Richet, Polaillon, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Grancher, Raymond.

© BIU Santé

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 5. — M. Lainé (Jacques). Contribution à l'étude des causes aggravantes de la syphilis. Des principaux facteurs de gravité. — M. Lacroix. Contribution à l'étude du vomissement chez les tuberculeux. — *Mardi* 6. — M. Gorron. Sulfate de quinine et fièvre bilieuse hématurique à la Guadeloupe. — M. Suquet. Iodol. — Son emploi externe, spécialement en oculistique. — M. Calmette. — Étude critique sur l'étiologie et la pathogénie des maladies tropicales attribuées à la filaire du sang humain. — M. le Dantec. Recherches sur la fièvre jaune (critique des théories microbiennes émises en Amérique au sujet de cette maladie). — *Jeudi* 8. — M. Mouktar. Du diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début. — M. Pflimlin. Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — M. Pichon. Contribution à l'étude des abcès froids périodiques du thorax. — *Samedi* 10. — M. Chabot. De l'étoxycaféine dans le traitement de la migraine. — M. Devicq. De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente, ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 20 juin 1886 au samedi 26 juin 1386, les naissances ont été au nombre de 1089 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 423; illégitimes, 134. Total, 557. — *Sexe féminin* : légitimes, 403; illégitimes, 129. Total, 532.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 juin 1886 au samedi 26 juin 1886, les décès ont été au nombre de 929, savoir : 492 hommes et 437 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5. F. 8. T. 13. Variole : M. 1. F 5, T. 6.— Rougeole : M. 7. F. 11. T. 18 — Scarlatine : M. 4. F. 7 T. 11. - Coqueluche : M. 8. F. 15 T 23 —Diphthérie, Croup : M. 11 F. 9, T. 20. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 4, F. 2. T. 6. — Infections puerpérales : 6 - Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 19 F. 25. T. 44.—Phthisie pulmonaire : M. 115, F. 76 T. 191. — Autres tuberculoses : M. 21, F. 14. T. 35.—Autres affections générales : M. 25, F. 36 T. 61.—Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 18, F. 20, T. 38.—Bronchite aiguë: M. 11. F. 14. T. 25.— Pneumonie : M. 32, F. 38, T. 70.— Athrepsie : M. 35, F. 26. T. 61. — Autres maladies des divers appareils : M. 149. F. 114, T. 263.— Après traumatisme : M. ., F. ., T. ..—Morts violentes : M. 19, F. 4. T. 23.— Causes non classées M. 8, F. 7, T. 15.

***Morts-nés et morts avant leur inscription* : 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 26, ; illégitimes, 15. Total : 41 — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 11. Total : 40.**

Concours pour deux places de médecins du Bureau central. — La troisième épreuve éliminatoire (consultation écrite) du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée jeudi matin 24 juin 1886. A la suite de cette épreuve, les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique, seront seuls admis à subir les deux épreuves définitives : MM. les docteurs Bourcy, Gaucher, Hirtz (Edgard), Juhel-Renoy, Marie, Petit, Robert et Variot. — La première épreuve définitive (composition écrite sur un sujet de pathologie dont l'élément anatomo-pathologique doit faire partie) a eu lieu le samedi 26 juin 1886, à onze heures et demie, à l'hôpital de la Charité ; la question donnée ce jour là a été : *Anatomie pathologique, signes et diagnostic de la pleurésie purulente.* Les épreuves de ce concours continuent.

Concours d'agrégation en anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Dans la séance de mercredi dernier les sujets de thèse ci-dessous ont été tirés au sort par les quinze candidats suivants. — Anatomie et physiologie : M. Assaky : *Origine des feuillets blastodermiques chez les vertébrés.* — M. Ferré: *Membranes muqueuses.* — M. Giles : *Prolifération de la cellule par karyokinèse.* — M. Guinard : *Comparaison des organes génitaux externes dans les deux sexes.* — M. Jaboulay : *Relations des nerfs optiques avec les centres nerveux.* — M. Nicolas : *Organes érectiles.* — M. Poirier : *Développement des membres.* — M. Princeteau : *Progrès de la tératologie depuis I. Geoffroy Saint-Hilaire.* — M. Quenu : *Arcs branchiaux chez l'homme.* — M. René : *Propriétés physiologiques du muscle cardiaque.* — M. Rodet : *Actions d'arrêt ou d'inhibition.* — M. Tapie : *Travail et chaleur musculaires.* — M. Variot : *Eléments figurés du sang.* — Histoire naturelle : — M. Barrois : *Rôle des insectes dans la fécondation des végétaux.* — M. Nabias : *Les galles et leurs habitants.* — Le dépôt desdites thèses devra être fait au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris après un délai de douze jours francs, à partir de la clôture des épreuves qui précéderont la thèse.— Les dernières questions données pour la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation ont été les suivantes : *Anatomie et physiologie* : Samedi 26 juin, M. Poirier : *Les réserves nutritives chez les animaux.* M. Assaky : *La cellule.*—Lundi 21 juin, M. Tapie : *Circulation fœtale.* M. Gilis : *Travail du cœur.*—Jeudi 24 juin, M. Jaboulay : *Tissus élastiques et élasticité.* M. Quenu : *Glandes vasculaires sanguines.* — Vendredi 25 juin, M. Rodet : *Circulation veineuse du rocher.* M. René : *L'épiderme sans ses dépendances.* — Mardi 29 juin, M. Princeteau : *Choroïde et iris.* M. Variot : *Couches optiques et corps striés.* — Mercredi 30 juin, M. Guinard : *Circulation cérébrale.* M. Ferré : *Cordons de la moelle épinière dans la moelle et l'encéphale.*

Concours d'agrégation en physique, chimie et pharmacologie. Voici les questions données depuis lundi dernier aux candidats pour la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation. — *Chimie* : Mardi 22 juin, M. Guérin : *Les sels, leurs propriétés générales* ; M. Hugouneng : *Les matières albuminoïdes.* — Mercredi 23 juin, M. Thibault : *Acide tartrique* et *tartrates* ; M. Florence : *Sulfures solubles, eaux minérales sulfureuses.* — Jeudi 24 juin, M. Morelle : *Les bases quinoléiques* ; M. Lambling : *Les bases pyridiques.* — Le vendredi 25 juin a eu lieu à onze heures du matin au laboratoire de chimie de la Faculté de médecine l'épreuve pratique de chimie pour tous les candidats pour la section de chimie et pharmacologie. Le samedi 26 juin a eu lieu également à onze heures du matin au laboratoire des manipulations de physique, 2, rue Vauquelin, l'épreuve pratique de physique pour les candidats inscrits pour la section de physique.

Le dépôt des thèses aura lieu à la Faculté de médecine de Paris pour tous les candidats, le dimanche 11 juillet de midi à trois heures. Les argumentations commenceront le jeudi 15 juillet 1886, à cinq heures du soir.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de clinicat obstétrical.* La première séance du concours du clinicat obstétrical (épreuve de dix minutes : *examen d'une femme enceinte*), qui devait avoir lieu le 24 juin, a été reportée au samedi 26 juin 1886, à neuf heures du matin, à l'hôpital clinique d'accouchements. —Les autres séances auront lieu les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.— M. le Dr Auvard, étant nommé à la suite du concours terminé mercredi soir accoucheur des hôpitaux civils de Paris, se retire par cela même de ce concours.

Concours du prosectorat. — L'épreuve orale de *physiologie* du concours pour la nomination à deux places de prosecteur a eu lieu jeudi 24 juin 1886, à dix heures du matin ; le sujet de la composition a été : *Les fonctions du foie.* La prochaine séance n'a pas eu lieu jeudi prochain, 1er juillet 1886, à dix heures du matin, pour l'épreuve de *pathologie*, comme on l'a annoncé, mais sera reportée à une époque ultérieure.— On sait que la remise des pièces sèches a eu lieu au commencement de juin.

Concours pour le clinicat chirurgical. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : Chefs de clinique : MM. les Drs Barette, Castex et Guinard. — Chef de clinique adjoint, M. le Dr Hache.

Concours pour le clinicat ophthalmologique.—Sont nommés : Chef de clinique : M. le Dr Valude ; — chef de clinique adjoint, M. le Dr Kalt.

Concours pour le clinicat médical : Ce concours s'est ouvert le 30 juin pour la nomination de deux places de chefs de clinique titulaires et deux places de chefs adjoints. — Jury : MM. Potain, Damaschino, Hayem, Jaccoud, Peter.—Candidats : MM. Duflocq, Bourcy, Gallois, Œttinger, Sapelier.

Concours pour le clinicat des maladies des enfants : Ce concours s'est ouvert le 1er juillet, à l'hôpital Necker. — Jury : MM. Grancher, Damaschino, Hayem, Jaccoud, Peter, Potain. — Candidats : MM. Legendre, Queyrat et Deschamps.

Concours pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : Ce concours s'ouvrira le 3 juillet, à la Charité, pour la nomination d'une place de chef de clinique titulaire et une place de chef adjoint. — Jury : MM. Fournier, Potain, Damaschino, Hayem, Jaccoud, Peter. — Candidats : MM. Feulard et Morelle.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — La chaire de clinique chirurgicale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté des sciences de Dijon. — Un congé de trois mois est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à partir du 20 mai 1886, à M. Perravez, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon.

Ecole de médecine de Rennes. — Par arrêté ministériel, en

© BIU Santé

date du 25 juin 1886, un concours s'ouvrira le 4 janvier 1887 devant l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Moscou.* — Les journaux russes annoncent qu'on doit prochainement fonder à Moscou une Université privée spécialement réservée aux femmes. Elle comprendra plusieurs Facultés : Philologie, mathématiques et sciences naturelles (cette dernière comprendra les cours de médecine).

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX. — La dernière épreuve définitive du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux civils de Paris s'est terminée, avant hier soir mercredi 23 juin 1886, par la nomination de M. le Dr AUVARD.

CHOLÉRA EN ITALIE. — L'épidémie de choléra paraît continuer en Italie avec la même intensité ; quelques villes assez rapprochées de la frontière française sont, dit-on, atteintes, en même temps qu'on signale de nouveaux cas à Brindisi, à Latiano, à Francavilla, à Gênes, à Venise.

DONATION BERTILLON. — Le Président de la Société d'anthropologie de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Société, aux clauses et conditions imposées, la donation d'une somme de cinq mille francs (5.000 fr.) que lui ont faite les sieurs Jacques, Alphonse et Georges Bertillon.

Cette somme sera employée au nom de la Société d'anthropologie de Paris, à l'achat d'un titre de rente trois pour cent (3 0/0) sur l'Etat français, avec mention de son affectation spéciale. Les revenus de cette rente seront affectés à la fondation d'un prix triennal qui, sous le nom de « Prix Bertillon » et suivant le règlement arrêté par l'acte de donation, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anthropologie.

EXCURSIONS GÉOLOGIQUES. — *Muséum d'histoire naturelle de Paris.* — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 4 juillet 1886, à Mantes, Fontenay-Saint-Père et Mantes-la-Ville. Rendez-vous gare Saint-Lazare, où l'on prendra à 6 heures et demie du matin le train pour Mantes. On sera rentré à Paris à 7 heures 35. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place avant samedi soir à 4 heures.

HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE. — *Concours pour une place de médecin des hôpitaux.* — Voici le sujet des compositions données à ce concours : 1° *Système veineux de l'encéphale ;* 2° *Artério-sclérose au point de vue anatomo-pathologique et clinique ;* 3° *Utilité du sulfate de quinine en dehors de la Malaria.*

HOSPICE DE GRENOBLE. — On nous prie d'annoncer de la part de l'Administration des hospices de Grenoble, qu'un concours s'ouvrira le 12 juillet courant pour une place de chirurgien-adjoint dans cette ville.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. BERHER, docteur en médecine, conseiller municipal, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d'Epinal, en remplacement de M. Focquet, décédé. — M. le Dr BALLAY, collaborateur de M. de Braza, au Congo, vient d'être nommé résident au Gabon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Lamotte (François-Joseph-Jules), docteur en médecine, survenue le 2 juin. Notre confrère exerçait la médecine à Witray-les-Reims. Il était âgé de 60 ans. — M. le Dr INGHELS, médecin en chef de l'hospice de Guislain, de Gand, mort à 56 ans, à la suite d'une piqûre anatomique. Il était membre correspondant de l'Académie royale de Belgique et membre de la Société de médecine de Gand. — Nous apprenons le décès de Mme RIBART, docteur en médecine, qui accompagnait la mission Paul Bert au Tonkin. Elle vient de succomber à l'hôpital de Quang-Yen (Tonkin) aux suites d'une dysenterie grave. Mme Ribart, d'abord sage-femme à Nantes, exerça plus tard la médecine dans cette ville après avoir conquis son grade de docteur, puis se rendit successivement au Caire et à Constantinople. Elle revint de nouveau au Caire, puis de nouveau quitta l'Egypte pour partir au Tonkin. — M. le Dr SARRY (de Paris) ; — M. le Dr PETIT (de Dijon) ; — M. PRAT, fils d'un ancien médecin de l'hôpital Saint-Antoine, ancien élève du laboratoire Gratiolet au Muséum d'histoire naturelle de Paris, attaché en 1870 à l'ambulance de Bicêtre, naturaliste distingué (*France médicale*).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur CHARCOT : *mardi* et *lundi* à 9 h. — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. TERRILLON, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales :* M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Médecine* : M. le professeur GRANCHER. — Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le samedi. — M. DESCROIZILLES. Consultation le mardi. Leçon de thérapeutique à la consultation. Leçon clinique le vendredi à 10 heures. — M. OLLIVIER. Consultation le jeudi. Policlinique le mardi et le samedi. Maladies de la peau, le mercredi et vendredi, examen clinique des malades. — M. LABRIC. Consultation le vendredi. — M. le Dr SIMON (J.) continue ses leçons de thérapeutique infantile, le mercredi à 9 heures, et ses consultations cliniques le samedi à la même heure.

Chirurgie. — M. DE SAINT-GERMAIN. Consultation tous les jours. Leçons de clinique chirurgicale le jeudi.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

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

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine

ANNUAIRE DE L'INTERNAT EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE des hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis son origine ; an IX jusqu'en 1885 inclusivement, 4e édition. Volume in-12 cartonné de 195 pages. — Prix : 4 fr.

BOUCHARD (A.). — Nouveaux éléments de pathologie externe. — Tome Ier, fascicule 1er. — Pathologie externe générale. — Prix : 6 fr.

HERZEN (A.). — Les conditions physiques de la conscience. Brochure in-8 de 55 pages. — Genève, 1886. — Librairie Stapelmohr.

SEGUIN (E.-C.). — A contribution to the pathology of hemianopsia of central origin (Cortex-hemianopsia). Brochure in-8 de 38 pages, avec 6 figures. — New-York, 1886. — Journal o nervous and mental disease.

CARVALHO (J.-P.). — Exposição scientifica. — Theoria parasitaria microbios. Brochure in-8 de 52 pages. — Rio-de-Janeiro, 1884. — Typographie Leuzinger et Filhos.

CARVALHO (J.-P.). — Prova experimental de que os nervos vasodilatadores da região bucco-facial existem no cordão cervical do grande sympathico. Brochure in-8 de 202 pages. — Rio-de-Janeiro, chez l'auteur.

FARGAS (M.-A.). — Primera serie de diez ovariotomias. Brochure in-8 de 48 pages. — Barcelona, 1886. — Tipographia de E. Ullastres.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

JEANNEL. — Formulaire officinal et magistral international. Volume in-32 de 1044 pages. Prix : 6 fr. 50

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

BARDET (G.) et EGASSE. — Formulaire des nouveaux remèdes. — Année, 1886. Volume in-12 de 338 pages. — Prix : 4 fr.

BÉDOIN. — Nouveau pansement antiseptique. Brochure in-8 de 11 pages. — Prix : 1 fr.

BINET (E.). — Influence des eaux de Saint-Honoré sur la sécrétion urinaire (*suite*). — Asthme et urticaire. Brochure in-8 de 29 pages.

CAZALIS. Note sur l'hémi-rhumatisme ou la prédominance hémilatérale des manifestations du rhumatisme chronique. Broch. in-8 de 17 pages.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 28. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 10 JUILLET 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Un cas d'ataxie héréditaire ;

Par le Dr DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (1).

Le 27 mai 1884 on fit entrer, au n° 4 de ma salle Saint-Augustin, le nommé Dav... Alfred, âgé de 6 ans et demi. C'était un enfant bien constitué, de stature moyenne, de physionomie douce et symétrique. Il ne présentait aucune difformité apparente, mais on s'aperçut bien vite qu'il se tenait debout difficilement et marchait d'une façon singulière, qu'en outre il ne parlait presque pas. Nous manquions tout d'abord de renseignements sur son compte ; mais il nous fut possible, par la suite, de faire venir en notre présence, à différentes reprises, les parents de ce petit garçon, et d'obtenir les informations dont nous ne pouvions nous passer. Voici ce qu'on nous apprit relativement aux antécédents de famille, et relativement au passé du malade lui-même.

Le père du jeune Dav..., homme de peine aux halles, jouissait d'une certaine aisance relative, il déclarait n'avoir jamais eu la syphilis et être resté de tout temps étranger aux habitudes alcooliques ; chez sa femme on ne découvrit aucune trace d'affection spécifique. D'une bonne santé habituelle, elle s'exprimait en bons termes, mais avec peu de précision et de façon à prouver que son intellect manquait de netteté. On nous affirma qu'on ne connaissait dans les ascendants directs ou dans les collatéraux, soit du côté paternel, soit du côté maternel, aucun cas de folie ou d'affection nerveuse. Alfred Dav... était l'aîné de trois enfants dont le second, petite fille âgée de quatre ans, commençait seulement à parler depuis peu de mois, et avait paru, pendant longtemps, être fort arriérée au point de vue intellectuel et dont le troisième, garçon de trois ans, se développait régulièrement sous tous les rapports.

Notre malade, né à Saint-Pierre-les-Calais, dans de bonnes conditions, fut allaité par sa mère, jusqu'à l'âge d'un an, puis sevré sans difficultés ; la dentition se fit chez lui naturellement et aux époques normales ; il commença à marcher et à parler vers le treizième ou le quatorzième mois de son existence. Il atteignait la fin de sa seconde année, lorsqu'il tomba d'une petite chaise sur laquelle il était assis et dont la hauteur ne dépassait pas quinze ou vingt centimètres. Peu de temps après cet accident, on remarqua qu'il ne marchait plus comme les enfants de son âge et presque à la même époque on s'aperçut qu'il ne parlait plus aussi clairement qu'il l'avait fait de prime abord. L'embarras de la parole et les troubles de la locomotion s'accentuèrent ensuite de plus en plus et les progrès de l'intelligence parurent être complètement enrayés. Plus de quatre années s'écoulèrent sans que le petit garçon fut atteint d'aucune maladie aiguë et, si l'on fait abstraction de ce qui concernait les fonctions du mouvement, on peut dire que son développement physique s'accomplit avec une régularité absolue, tandis que son perfectionnement intellectuel et moral subissait un arrêt complet. Aussi ses parents s'habituèrent-ils peu à peu à le considérer comme un être frappé d'imbécillité incurable et finirent-ils par se décider à venir chercher à l'hôpital les soins qu'ils ne pouvaient plus lui donner chez eux.

En examinant Dav... après son entrée dans mon service, le 28 mai, je m'assurai que rien, dans son faciès, n'indiquait que l'intelligence fut aussi défectueuse qu'elle paraissait l'être tout d'abord. Sa figure, en effet, était régulière et souriante, sans manquer d'expression. Les pupilles, faiblement dilatées et pareilles l'une à l'autre, ne se contractaient que faiblement à l'approche d'une bougie allumée ; on constatait un nystagmus oculaire et palpébral bien prononcé. Les lèvres, en s'entr'ouvrant, laissaient voir des dents assez bien rangées et les mâchoires s'écartaient l'une de l'autre sans difficulté. Le jeune malade n'opposa aucune résistance à notre examen, il se laissa regarder sans grimaces et sans cris. Lorsqu'on lui adressait une question il cherchait à formuler une réponse et prouvait ainsi qu'il suivait notre interrogatoire ; mais on s'apercevait très promptement qu'il ne pouvait exprimer nettement sa pensée. Si on lui demandait quel était son âge, il répondait : *deux ans ;* mais en prononçant seulement ces deux mots, avec hésitation et d'une façon saccadée. Il comptait avec beaucoup de difficulté jusqu'à quinze en passant plusieurs chiffres. Il articulait fort mal chacune de ses paroles et pouvait à peine dire son nom et son prénom. En portant notre attention sur le fonctionnement des organes locomoteurs, nous observions, à ce point de vue, des désordres remarquables. Le malade exécutait assez bien, avec ses mains et ses avant-bras, quelques-uns des mouvements qu'on lui prescrivait, mais lorsqu'on l'abandonnait à lui-même, on voyait survenir dans les deux membres supérieurs un tremblement fort accentué, dès qu'il tentait de les écarter de leur point d'appui.

Cette trémulation, aussi forte d'un côté que de l'autre, n'existait pas lorsque les deux mains reposaient sur le matelas ; mais elle se reproduisait aussitôt qu'un déplacement était tenté. On observait alors une série d'oscillations à peu près égales les unes aux autres en étendue, et dirigées dans le sens antéro-postérieur plutôt que latéralement ; elles devenaient plus fortes dès qu'il s'agissait de prendre un objet. Cependant le petit Dav... parvenait à porter un gobelet à sa bouche sans renverser son contenu, mais il ne savait pas manger tout seul. Dans l'attitude horizontale les membres inférieurs restaient immobiles ; si l'un des pieds s'éloignait du lit, le déplacement se faisait lentement et avec peine. Le petit garçon arrivait difficilement à toucher avec la pointe de son pied ce qu'on lui présentait à une petite distance, et la difficulté augmentait encore lorsqu'au lieu de porter la pointe du pied directement en haut, il fallait en même temps exécuter un mouvement en dedans ou en dehors.

Si l'on faisait lever l'enfant, il ne pouvait rester dans l'attitude verticale qu'en écartant les jambes l'une de l'autre et, même en employant cet artifice, il était à peu près hors d'état de demeurer immobile. Ne se sentant plus en équilibre, il s'inclinait immédiatement en avant

(1) Leçon du 26 mars 1886.

© BIU Santé

ou en arrière, ou cherchait promptement à s'appuyer sur tout ce qui se trouvait à sa portée. Il n'opposait aucune résistance efficace aux tentatives faites pour fléchir ses jambes sur ses cuisses.

Lorsqu'il marchait il s'avançait avec raideur, en plaçant ses pieds à douze ou quinze centimètres l'un de l'autre et en les élevant à très peu de distance au-dessus du sol. Il pouvait soulever sur son dos un petit camarade à peu près de son âge, tant qu'il tenait les yeux ouverts, mais seulement pendant quelques secondes, et il ne faisait guère que cinq ou six pas quand il était ainsi chargé. Une pression très modérée sur ses épaules l'obligeait instantanément à fléchir les jambes sur les cuisses et il eût été très facile de le renverser, car il chancelait et paraissait prêt à tomber en avant dès qu'on le soumettait à un léger choc sur la partie postérieure de son individu. Quand on ne lui permettait plus de se servir de ses yeux, en plaçant devant eux une main ou un mouchoir, il perdait toute confiance et cherchait des appuis à gauche et à droite. N'osant plus s'avancer, il s'affaissait rapidement sur lui-même, si ses membres supérieurs ne rencontraient aucun objet fixe qu'ils pussent saisir. Il n'y avait chez lui ni anesthésie, ni analgésie complètes, mais la sensibilité était obtuse sur toute la surface du corps.

L'examen des organes thoraciques ne fit découvrir rien d'anormal ni du côté des poumons, ni du côté du cœur. L'enfant ne manquait pas d'appétit et la déglutition se faisait sans difficulté, pourvu que les aliments fussent coupés en petits morceaux. Habituellement constipé, il laissait parfois involontairement échapper les matières fécales et les urines. Il dormait d'habitude tranquillement pendant toute la nuit; mais on signala cependant chez lui, à différentes époques, de l'agitation nocturne et une insomnie presque complète.

L'état constaté à la fin de mai 1884 persista pendant les mois suivants avec très peu de variations. Le jeune sujet, toujours pacifique et silencieux, se tenait de préférence dans l'attitude horizontale, maigrissait légèrement et paraissait s'affaiblir plutôt que se fortifier. Aucun progrès dans la locomotion, aucun changement favorable dans l'articulation des sons ne fut constaté. En juillet, une éruption de varicelle survint sans exercer d'influence bonne ou mauvaise sur la santé générale. A plusieurs reprises, on essaya de faire lever l'enfant et de le tenir habillé en dehors de son lit pendant plusieurs heures de suite ; mais ces tentatives semblèrent le fatiguer et lui être désagréables ; il n'éprouvait de bien-être que dans le décubitus dorsal. La médication fut insignifiante pendant toute cette période : on chercha de temps à autre à calmer, avec de petites doses de bromure potassique, un peu d'agitation observée surtout durant la nuit. J'administrai aussi l'iodure de potassium pendant plusieurs semaines, mais sans constater de résultat.

Aucune amélioration ne se produisit pendant l'hiver ; le petit malade le passa entièrement dans mon service et presque sans quitter son lit, car la station verticale le lassait visiblement et l'incoordination des mouvements, lorsqu'il marchait, s'accentuait de plus en plus. L'amaigrissement constaté pendant l'été ne fit pas de progrès et la santé générale restait aussi bonne, à la fin du premier trimestre de 1885, que huit ou dix mois plus tôt. La situation ne se modifia pas plus au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique. Il y avait près d'un an que le jeune Dav... occupait un lit de ma salle Saint-Augustin, quand il me parut prudent de ne pas prolonger davantage son séjour à l'hôpital. Je pensai que l'air de la campagne lui serait favorable, et je le fis partir pour Forges. Cet établissement n'est pas destiné aux enfants de cette catégorie et je ne l'y aurais pas fait admettre s'il ne m'avait semblé démontré qu'un être aussi peu turbulent et aussi silencieux que celui-ci ne saurait devenir nuisible à ses compagnons. Il resta dans cette localité pendant dix mois et l'on n'eut pas à se plaindre de sa présence ; on le fit presque chaque jour aller au jardin, ce qui prouve qu'il était devenu plus vigoureux que par le passé. Il n'aurait pas quitté cet asile dont l'influence très bienfaisante n'était pas douteuse, sans le désir que j'éprouvais de le revoir et de me rendre compte de son état actuel. En le faisant revenir, je comptais le renvoyer bientôt dans le même pays ; son retour dans mon service s'est effectué dans le courant de février ; mais il n'y séjournera, suivant toute probabilité, que peu de semaines.

Nous retrouvons aujourd'hui, grandi et fortifié physiquement, le jeune garçon que nous avions perdu de vue pendant une année. Sa physionomie continue à être symétrique, elle ne manque pas d'animation ; son expression est plutôt gaie que mélancolique. Le nystagmus des paupières et du globe de l'œil existe encore, mais d'une façon moins accentuée que précédemment. Les pupilles sont régulières, pareilles l'une à l'autre, et se rétrécissent sous l'influence d'une lumière vive. Les dents sont noircies pour la plupart et leur disposition est plus défectueuse qu'autrefois ; on ne découvre aucune anomalie de la voûte ou du voile du palais. Le malade n'est pas sourd, il comprend évidemment la plupart des questions qu'on lui adresse ; mais il parle toujours très difficilement, dit son nom et son âge avec peine et peu clairement, et compte jusqu'à vingt sans se tromper, mais lentement et en scandant tous ses mots, dans lesquels on ne reconnaît les différents chiffres que d'une façon très confuse. Abandonnés à eux-mêmes, les membres supérieurs restent immobiles et beaucoup de mouvements peuvent être faits sans que des oscillations involontaires se produisent. Mais, si l'on veut que des déplacements étendus ou compliqués soient exécutés, ou si l'on tient les mains élevées au-dessus de la tête sans qu'elles soient soutenues, si on leur fait supporter un fardeau un peu considérable, on voit le tremblement survenir assez vite. Cependant le jeune Dav... boit et mange presque toujours tout seul, assez proprement, si on lui coupe sa viande et son pain en petits morceaux. Lorsqu'il est couché, ses membres inférieurs sont étendus parallèlement l'un à l'autre sans raideur et dans une immobilité absolue. Si l'un des pieds s'écarte du lit pour venir toucher un objet placé à quelque distance, le mouvement se fait brusquement et sans que l'enfant soit à même de modérer et de coordonner ses contractions musculaires d'une façon normale ; l'objet n'est atteint qu'après plusieurs tentatives infructueuses. Il est très difficile de fléchir la jambe sur la cuisse ; les réflexes rotuliens sont conservés ou même légèrement exagérés et l'on produit assez facilement le phénomène connu sous le nom de trépidation épileptoïde. La notion de la température, du contact, de la piqûre, des pincements, paraît être accrue plutôt que diminuée, sans qu'il y ait d'hyperesthésie ou d'hyperalgésie circonscrites à certaines portions du tégument. Le malade est également sensible aux courants intermittents, mais sans que le passage du courant semble lui être désagréable.

Lorsqu'il se lève, il marche exactement comme il

© BIU Santé

marchait il y a un an. Ses pieds s'écartent l'un de l'autre de dix à quinze centimètres ; ils se détachent du sol avec peine, puis viennent le frapper assez fortement par le talon seul avant de s'appliquer en entier sur le plan qui les soutient. Chaque pas se fait avec hésitation, mais le plus souvent sans que les membres s'enchevêtrent l'un dans l'autre. Pendant la marche le haut du corps est agité d'une sorte de mouvement de va-et-vient, tantôt d'arrière en avant, tantôt dans le sens latéral ; les mains se portent instinctivement à gauche et à droite, comme pour saisir un point d'appui. L'enfant résiste énergiquement aux pressions faites de haut en bas sur ses épaules. Il porte sur son dos, mais avec plus de difficulté encore qu'autrefois, un de ses voisins de salle âgé de trois ou quatre ans. Si, à l'aide d'une main ou d'un mouchoir placé devant ses yeux, on l'empêche de voir, sa façon de marcher devient complètement incohérente. Il ne s'avance alors qu'en tremblant et tombe quelquefois ; il devient en outre complètement incapable de supporter un fardeau sur sa région dorsale, et d'empêcher qu'on le force à fléchir les membres inférieurs, puis à incliner le tronc en avant quand on s'appuie sur ses épaules.

Les fonctions de la vie végétative se font comme précédemment avec régularité ; le jeune malade est vorace et digère sans peine. Habituellement constipé, il n'expulse involontairement que par exception l'urine ou les matières fécales. Jamais on ne l'entend tousser et le murmure respiratoire est normal sur tous les points du thorax. Son pouls est régulier et d'une fréquence moyenne : on ne découvre aucun bruit morbide à la région précordiale. Le caractère de ce petit garçon est toujours très tranquille ; il garde presque constamment le silence, semble satisfait d'être mis à l'air, ne cherche pas querelle à ses voisins et dort paisiblement pendant la nuit. Rien n'indique qu'il éprouve quelque douleur habituelle ou même passagère ; on n'a jamais observé chez lui, depuis son retour de la campagne, de contractures ni de mouvements convulsifs. Les mains ont autant de force l'une que l'autre et serrent bien les objets qu'on place du côté de leur face palmaire.

L'état pathologique, dont je viens d'exposer les symptômes et qui n'a que fort peu changé depuis deux ans, se rapproche, sous bien des rapports, de l'ataxie locomotrice des adultes, mais s'en éloigne par des points essentiels. On peut l'assimiler à une catégorie de faits réunis sous le nom de maladie de Friedrich, qui en a étudié un certain nombre depuis vingt ans, ou d'ataxie héréditaire, parce qu'on les a le plus souvent rencontrés chez plusieurs enfants d'une même famille, et parce que les individus affectés descendent habituellement de parents atteints d'épilepsie, d'hystérie ou d'une autre maladie nerveuse. Cette ataxie infantile a, comme celle de l'adulte, son siège anatomique dans les cordons postérieurs de la moelle que, d'après les recherches de Schultze, elle envahit de bas en haut, elle ressemble à la fois à la sclérose en plaques et à la maladie caractérisée par l'irrégularité particulière de la locomotion que Duchenne, de Boulogne, a si bien décrite. On retrouve justement, chez notre malade, comme chez ceux qu'ont observés Friedrich et le professeur Charcot et quelques autres pathologistes, des particularités séméiologiques qui appartiennent à l'une et à l'autre de ces deux affections.

Nous avons rencontré chez le jeune Dav... cette variété de tremblement décrite sous le nom de tremblement intentionnel et qui, n'existant pas à l'état d'inaction, se produit dès qu'un déplacement s'effectue pour qu'un acte déterminé s'accomplisse. Les oscillations sont alors d'autant plus fortes que le malade est plus près d'atteindre son but, et c'est ce qui a constamment lieu chez l'enfant en question, dont la tête, habituellement immobile, s'agite quelquefois quand il cherche à répondre à des questions difficiles, ou quand il est intimidé par la présence de plusieurs personnes qui l'examinent. Dans le cas actuel nous ne savons pas s'il y a des vertiges, et nous n'avons jamais constaté de crises convulsives ou apoplectiques, comme chez les individus affectés de sclérose en plaques ; au contraire, les troubles de la parole qui caractérisent cette maladie existent ici de la façon la plus nette. Les quelques mots que le petit garçon peut prononcer sont articulés lentement, avec peine, mais sans qu'il y ait de bégaiement comme dans la paralysie générale progressive. Nous rencontrons également ici les troubles de l'appareil de la vision, sur lesquels on a souvent insisté à propos de la sclérose disséminée. Les paupières et le globe de l'œil lui-même sont presque continuellement en mouvement, et le regard, habituellement vague, ne devient fixe que par exception et pour très peu de temps. Enfin, les mouvements réflexes de l'iris produits par l'impression de la lumière ne sont pas abolis. Il y a, à l'état de repos, un myosis modéré chez notre petit malade dont les deux orifices pupillaires sont égaux et réguliers. Ce myosis augmente notablement sous l'influence d'une vive clarté : à ce point de vue, il y a donc spasme et non paralysie.

A côté de ces phénomènes attribués d'habitude à l'hyperplasie diffuse de la gangue conjonctive ou névroglie, qui s'étend plus tard aux éléments nerveux eux-mêmes de la moelle, du bulbe ou de l'encéphale, nous en rencontrons, chez le jeune Dav..., d'autres non moins importants qui appartiennent bien plutôt à la transformation scléreuse dite systématique des cordons médullaires postérieurs. C'est à ce titre que nous devons signaler l'incoordination motrice qui s'accroît par l'occlusion des yeux pendant la marche ; l'énergie musculaire exagérée en vertu de laquelle certains déplacements s'effectuent, sans que la volonté puisse intervenir pour les modérer et les régulariser, la vigueur encore assez grande que le malade a conservée pour supporter, sur son axe spinal, des pressions ou des fardeaux considérables relativement à son âge, et dont il est totalement privé dès qu'il n'y voit plus clair. Nous sommes donc en face d'un état intermédiaire qui rappelle, par quelques traits de sa physionomie, la sclérose en plaques et, par d'autres, l'ataxie locomotrice progressive. L'interprétation de ce fait ne saurait rester douteuse à mon avis ; il s'agit bien d'un nouveau cas de maladie de Friedrich et, sur ce point d'ailleurs, le jugement de plusieurs observateurs compétents est venu confirmer ma propre appréciation.

Comme dans la plupart des observations précédentes, l'anesthésie ou l'hyperesthésie circonscrites à certaines régions font défaut chez le petit Dav... ; il ne présente aucune perturbation sérieuse du côté de la vessie ou de l'estomac, aucun trouble trophique, aucune altération des os, des articulations ou de la peau. Enfin, il n'y a jamais eu chez lui de douleurs fulgurantes ; il est vrai qu'on ne peut nier catégoriquement l'existence de ce symptôme, car l'enfant est incapable de rendre exactement compte de ses sensations ; toutefois il est permis de supposer qu'il ne souffre pas ou qu'il souffre peu, car il ne fait jamais entendre de cris, ni de gémissements, et

© BIU Santé

sa physionomie, souvent souriante, n'est jamais troublée par aucune contorsion.

Nous ne pouvons nous appuyer ici, au point de vue étiologique, sur des conditions spéciales d'hérédité. Le jeune malade est le seul de sa famille qui présente les troubles particuliers de la locomotion qu'habituellement, jusqu'à ce jour, on a rencontrés chez plusieurs jeunes sujets sortis d'une même souche. Mais les enfants dont il est le frère sont moins âgés que lui; il peut donc se faire qu'ils présentent plus tard des symptômes analogues à ceux qu'on découvre chez lui, et il ne faut pas oublier que l'ataxie héréditaire débute d'ordinaire pendant les derniers stades de la période infantile. J'ai pu constater, par un examen récent, que la sœur du petit Dav... est encore fort arriérée au point de vue intellectuel et parle difficilement; de plus, j'ai appris qu'une seconde petite fille, âgée d'un an à peine, est morte récemment à la suite de symptômes convulsifs. Nous sommes donc autorisé à croire ici à une prédisposition spéciale aux affections du système nerveux, et je ne suis pas persuadé, d'ailleurs, que les parents de notre malade aient été complètement sincères, relativement a leurs assertions sur leur propre santé antérieure et sur celle de leurs ascendants.

Je doute fort que la guérison soit possible dans une maladie de Friedreich, car tout semble indiquer, d'après la plupart des faits étudiés jusqu'ici, que sa marche est fatalement progressive. Toutefois, rien ne prouve que les lésions des centres nerveux, dont dépend l'ensemble complexe que je viens de décrire, ne puissent disparaître partiellement ou, tout au moins, être enrayées pendant longtemps, et il vaut mieux chercher à lutter contre le mal que se déclarer, de prime abord, incapable de l'atténuer. Il est vrai que, pour avoir quelques chances de succès, il faudrait vraisemblablement commencer le traitement à une date peu éloignée du début, et, dans le fait actuel, trois ou quatre ans se sont écoulés avant qu'aucune thérapeutique eût été tentée. Le pronostic doit donc être considéré comme fort triste relativement au pauvre enfant dont il vient d'être question. Il est improbable qu'il vive plus de quelques années; car son existence sera abrégée, suivant toute apparence, par quelque affection intercurrente ou par l'aggravation de son état actuel. Il deviendra, tôt ou tard, complètement impotent, sera condamné à l'immobilité continuelle, et son intelligence s'éteindra au lieu de se développer.

Mais il pourrait en être autrement vis-à-vis d'un jeune sujet qu'on soignerait en temps utile, et il me semble, qu'en pareille circonstance, on devra toujours se hâter d'agir sur les lésions spinales par les frictions iodées ou mercurielles, les pointes de feu, les ventouses scarifiées ou sèches, appliquées au voisinage des apophyses épineuses et qu'on remplacera plus tard par les douches tièdes ou froides, les bains sulfureux et l'électricité statique. A ce traitement local on joindra l'usage des modificateurs généraux, des toniques, du séjour prolongé à la campagne, de l'exercice modéré, quand la marche sera possible dans une certaine limite. Enfin, on s'efforcera de combattre les troubles de la parole par une éducation particulière, à l'aide de laquelle on cherchera non seulement à faire articuler nettement des mots, puis des phrases, mais à tirer l'intellect de sa torpeur et à l'amener insensiblement à fonctionner d'une façon moins imparfaite. Un long et patient apprentissage sera nécessaire pour apprendre à cet enfant ataxique à marcher seul comme pour le faire parler. Mais, quoique le résultat soit fort douteux, quand il s'agit de cas semblables à celui que nous avons sous les yeux, on doit toujours essayer de l'atteindre et rien n'autorise, à mon sens, le médecin à rester dans une inaction absolue vis-à-vis d'une maladie de ce genre.

ASSISTANCE PUBLIQUE

De la mortalité dans les hôpitaux de province et de la nécessité d'une réforme radicale de l'Assistance publique *(suite et fin)* (1);

Par A. REGNARD.

Pour en revenir à la situation actuelle et au sujet si intéressant des établissements hospitaliers, je dirai que chez nous, au moins, et pour ce qui concerne la province, il ne paraît pas douteux que les hôpitaux de grandes villes ne soient de beaucoup les plus salubres d'une façon générale. Et cela, non pas, bien entendu, parce que situés dans une cité populeuse, ils renferment un plus grand nombre de malades; mais, parce que, vu leur importance, vu les ressources de la localité, on a pu veiller à ce que les prescriptions de l'hygiène hospilière fussent à peu près remplies; parce que dans les grandes villes on trouve plus facilement des citoyens susceptibles de mettre leur intelligence, leur temps et leur zèle au service de l'indigent (2).

Sans doute, il y a des exceptions, et les noms de Nuits, de Seurre, de Baugé, se présentent immédiatement à l'esprit.

C'est que ces hospices, les deux derniers surtout, sont construits un peu à l'imitation de cet Hôtel-Dieu de Beaune, dont un vieil auteur disait avec tant de raison : « cet hôpital est admirable en ses bâtiments, meubles singuliers et au bel ordre qui y est établi; car la salle où sont les malades est merveilleusement grande et entretenue si nette et si propre, et les malades servis avec tant de civilité, que l'on n'y sent aucune puanteur, nonobstant qu'elle est perpétuellement pleine des dicts malades de toute sorte (3) ». Les architectes de la Renaissance et ceux du Moyen âge avaient admirablement compris ce que l'on a tant de peine à faire entendre à nos contemporains, à savoir : qu'il faut avant tout, pour les malades, et *dans l'habitation même*, de l'espace, de l'air en abondance. L'architecture ne subit jamais, comme les autres arts, une éclipse complète; même après le triomphe du christianisme, il fallait des maisons et des temples, et dans le temps où le fanatisme détruisait les statues, les tableaux et les livres, les architectes élevaient des édifices nouveaux et grandioses, sur le modèle des constructions romaines restées debout. A cela, il faut attribuer, non seulement la grandeur, mais encore la perfection au point de vue de l'hygiène, d'hôpitaux comme ceux de Beaune (4) et de Tonnerre; c'est à ces sources qu'a dû venir s'inspirer, pour une bonne part, l'architecte de ce *Hertford hospital*, ré-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 24 et 25, 1886.

(2) Certainement, on n'arrivera jamais à obtenir à l'Hôtel-Dieu de Paris une mortalité moyenne de 3 p. 100, en raison des causes d'infection tenant à l'accumulation énorme des êtres humains dans la capitale. Mais il est d'autant plus déplorable de constater que dans des villes de 3 à 4,000 âmes, on trouve à l'hôpital une mortalité moyenne de 15, 20 pour cent et plus! — tandis qu'elle n'est que de 12 ou 13 au plus, dans le grand hôpital parisien, situé au centre de la Cité.

(3) *Narration historique et topographique de l'ordre de saint François*, cité par L. Cyrot : les bâtiments du grand Hôtel-Dieu de Beaune, 1883.

(4) La « grand'salle » de l'Hôtel-Dieu de Beaune donne jusqu'à 335 mètres cubes par lit, ce qui est du superflu.

© BIU Santé

cemment élevé à Levallois par des Anglais, modèle nouveau et remarquable à tant d'égards, et dont on ne saurait trop recommander l'étude aux intéressés.

Mais des hospices comme ceux de Beaune sont exceptionnels dans tous les temps et l'Etat ne fournira certainement pas aux grosses communes ou aux cantons de 3 à 4 mille habitants, les moyens d'en construire de semblables; j'ajoute que cela n'est nullement désirable. Ce seraient de ruineuses folies ; car on atteindra le but aujourd'hui, d'une façon beaucoup plus simple et par des procédés moins coûteux. « Bien que les hôpitaux aient été édifiés en vue du plus grand avantage des pauvres, dit l'auteur de l'excellent article *Hospitals*, dans la dernière édition de l'*Encyclopedia Britannica* (1), ils ont trop souvent rempli un but tout contraire, en raison de l'ignorance des administrateurs en matière d'hygiène. Cela est si vrai qu'on s'est demandé plus d'une fois si ce n'étaient pas des institutions désastreuses. » Eh bien, oui ! il faut avoir le courage de le reconnaître et le fait est confirmé une fois de plus par notre statistique ; dans un trop grand nombre de cas, et pour les raisons déjà exposées, l'hôpital de petite ville, l'hôpital cantonnal est une mystification sinistre, un foyer d'infection et de mort.

Du reste, parmi les auteurs ayant traité récemment ce sujet, je n'en ai trouvé qu'un seul qui en fût partisan. Et veut-on savoir pour quelle raison ? « Pour ma part, dit le Dr W. Mencke, je suis profondément convaincu que les petites villes doivent avoir des hôpitaux, non seulement dans l'intérêt du public, mais encore, et surtout, dans celui de la profession médicale (2). » Certes, nul plus que moi ne rend hommage à la dignité de la profession médicale, dignité trop souvent méconnue par le public, surtout dans les petites localités où l'on use et l'on abuse du médecin, astreint à suivre dans toute leur rigueur les règles de la solidarité et de la bienveillance humaine, sans être presque jamais payé de retour. Mais ce n'est pas là un argument sérieux, d'autant plus que le petit nombre de malades et les mauvaises conditions hygiéniques, s'opposeront toujours à la réalisation d'un progrès quelconque dans la science médicale. Dire que l'hôpital de petite ville sera *surtout* utile au médecin, c'est donc confirmer une fois de plus l'inutilité — pour ne pas dire plus — de ces établissements pour le public.

Certes, pour toutes sortes de raisons, les hôpitaux sont indispensables dans les grandes cités, où il est d'ailleurs possible de les installer dans des conditions réelles de salubrité, c'est-à-dire d'efficacité.

Mais dans les petites villes, dans celles, dirai-je pour préciser, dont la population n'excède pas 7 à 8000 habitants, l'hôpital n'a pas de raison d'être. Le secours à domicile, organisé sur une large base et d'une façon sérieuse, le remplacera avantageusement.

Il y a des cas très rares d'ailleurs, où le malade, complètement isolé, ne pourra être traité chez lui, et il faut dire que dans l'absurde système qui régit actuellement l'Assistance publique, de pareils malades ne peuvent être admis dans le local des Bureaux de bienfaisance. La nouvelle organisation mettra fin à cet ordre de choses burlesque ; et l'on aménagera le local en question, dans certains cas, l'hôpital supprimé, pour recevoir les trois ou quatre malades hors d'état d'être traités à domicile. Je dis : « trois ou quatre » au pied de la lettre ; quatre lits seront suffisants, dans l'immense majorité des cas : le cube d'air, les conditions hygiéniques seront facilement réalisées, et à bon marché, pour ce chiffre restreint ; et d'autre part une seule personne, une seule infirmière laïque pourra remplacer avantageusement, et à coup sûr économiquement, toute une congrégation.

J'ajoute que la nouvelle organisation permettra seule de réaliser une mesure qui s'impose de la façon la plus absolue : *la laïcisation de tous les établissements hospitaliers*. « Il est du devoir de tout républicain, dit excellemment le Dr Bourneville, d'enlever aux prêtres et aux religieuses tous les moyens d'action que leur donne la société civile dont ils sont les implacables adversaires (1). » Le point de vue politique ne se discute même plus ; on a pu voir, lors des dernières élections, le rôle joué dans de nombreuses communes par les Sœurs, maîtresses, en réalité, des bureaux de bienfaisance et des hospices.

Les considérations d'ordre moral ne militent pas moins énergiquement en faveur de la « liquidation » immédiate de tout le personnel religieux des établissements de bienfaisance. Certes, on peut voir de braves cœurs battre sous une guimpe de nonne, comme dans toute poitrine de femme ; mais le contraire peut aussi s'observer ; en dehors des attentats contre les consciences suggérés directement par l'esprit religieux, j'ai vu les devoirs les plus élémentaires de l'humanité complètement méconnus, et même la loi outrageusement violée. Sans doute ces abus ont été réprimés ; — au moins, ont-ils dû l'être. Mais ils suffisent à prouver déjà que l'infirmière congréganiste n'offre pas plus de garantie qu'une autre.

Et la vérité est qu'elle en offre beaucoup moins ; non seulement parce qu'elle échappe trop facilement à la surveillance de l'autorité civile, mais parce que les malheureux sont exposés, entre ses mains, aux attentats incessants contre la conscience, aux mille privations et tortures secrètes que lui suggère fatalement la morale religieuse. Dans telle ville que je pourrais citer « les jours de distributions de bons de pain et de fagots aux indigents, ceux-ci étaient invités par les religieuses du Bureau de bienfaisance à entendre réciter à genoux des prières catholiques. » *Ab uno disce omnes !* Peu importe que dans l'espèce, l'énergie du maire et du Conseil municipal ait mis un terme à cette infamie. Aussi longtemps que les religieuses seront à la tête des établissements de bienfaisance, ce sera toujours à recommencer. Car ces dames sont dans la logique de leur religion qui leur prescrit de s'intéresser avant tout au salut des âmes ; le reste est secondaire. « Le sang répandu, dit quelque part M. de Falloux à propos de l'inquisition, ne l'était qu'avec la plus vigilante sollicitude pour l'âme du coupable (2). » La morale religieuse et catholique est là tout entière ; les serviteurs d'une pareille doctrine ne sauraient être ceux de la Démocratie et de l'Humanité.

Mais bien plus, au point de vue *économique*, les religieuses sont une ruine pour un grand nombre d'établissements. J'insiste sur ce point, parce que c'est ici le grand cheval de bataille des bureaucrates et des cléricaux honteux, qui se retranchent derrière la question budgétaire pour défendre les congrégations dites hospitalières. Je pourrais citer encore tel Bureau de bienfaisance qui, comme celui de Blois, réalise

(1) Tome XII. London, 1881.
(2) *Das Krankenhaus für kleinen Städte*. Berlin, 1879, p. 17.

(1) Bourneville. Discours prononcé à l'école de la Salpêtrière, 1885.
(2) De Falloux. *Vie de St.-Pie V*, préface.

© BIU Santé

depuis la suppression des Sœurs, une économie de 10,000 fr. par an. Mais me plaçant sur le terrain des généralités, je ferai observer simplement que, dans un nombre considérable d'hôpitaux, le personnel religieux grève le budget d'une façon choquante. En vain me dira-t-on que ces dames ne reçoivent que 150 ou 200 fr. de vestiaire, parfois même rien du tout, comme c'est le cas dans certaine ville. Mais, en vérité, à quoi servent les 46 religieuses *nourries* — je ne parle que de celles-là — qui remplissent les hospices de cette ville ? Rien qu'à l'Hôtel-Dieu, pour une moyenne de 80 à 100 malades par jour, il y a 49 servants, dont 28 religieuses, sans compter les novices non nourries (?), c'est-à-dire une personne pour deux malades à peine ! Cela double tout simplement le prix des journées, au point de vue de la nourriture. Ailleurs, on trouve 5 Sœurs et 5 servants pour une moyenne de 9 malades ! Et ces faits, qu'on l'entende bien, sont loin d'être exceptionnels. Même sous l'Empire, les inspecteurs généraux les signalaient. « Le prix fort élevé de la journée, dit l'un d'eux, est dû surtout à la proportion excessive des Sœurs et des servants comparativement au nombre des malades à soigner. » La vérité est que, dans la plupart des hôpitaux, on pourrait aisément supprimer les trois quarts du personnel dirigeant, de telle sorte qu'en rétribuant convenablement les surveillantes laïques mises à la place des religieuses — qui sont censées ne rien coûter — on réaliserait encore de notables bénéfices. Et cela sans parler même des potagers, jardins, vacheries et autres biens exploités directement et que ces dames religieuses traitent trop souvent comme leur domaine propre ; sans parler encore de la déplorable institution des ouvroirs, où l'on retient de malheureuses filles auxquelles on n'apprend rien, et qui travaillent pour la Communauté, au détriment de l'industrie privée et aux frais de l'hospice (1).

Mais je n'en finirais pas si je voulais signaler toutes les incohérences de la législation actuelle en matière d'assistance publique. J'ai voulu seulement poser le problème et en indiquer la solution, solution qui s'impose et que l'opinion publique, mieux éclairée, ne tardera pas à réclamer énergiquement. J'en ai dit assez, dans tous les cas, pour être en mesure de formuler les conclusions suivantes :

A. En ce qui concerne la Législation et l'Administration,

1. L'Assistance publique doit être obligatoire. Une loi nouvelle la réorganisera, d'après ce principe, dans le plus bref délai.

2. Les biens des établissements hospitaliers ne devront être aliénés sous aucun prétexte. Ils feront retour à l'Etat, désormais chargé de la dispensation des secours, avec le concours des départements et des communes.

3. Une direction générale de la Santé et de l'Assistance publique, installée au Ministère de l'Intérieur concentrera tous les services relatifs à l'hygiène et aux secours. Un conseil supérieur de la Santé et de l'Assistance publique aura seul plein pouvoir pour tout ce qui regarde l'hygiène et l'administration des établissements de bienfaisance.

4. Pour des raisons d'ordre *politique, moral et économique*, et en attendant la suppression générale des congrégations, les Etablissements de Bienfaisance devront être laïcisés, dans le plus bref délai, sur tout le territoire de la République.

B. Pour ce qui regarde la construction des hôpitaux et l'hygiène hospitalière :

5. D'une façon générale, les villes de 8,000 habitants et au-dessous n'ont pas besoin d'hôpitaux ; le secours à domicile, toujours facile à réaliser, y est infiniment préférable à tous égards. Les Bureaux de bienfaisance, modifiés dans leurs attributions, et sous la dépendance immédiate des municipalités, pourvoiront à ce service.

6. Les hôpitaux à construire doivent l'être toujours sous forme de pavillons isolés, avec un seul étage de malades et 12 lits au plus par pavillon. Les fenêtres seront placées en face les unes des autres ; il n'y aura qu'un lit par trumeau, et on n'en placera aucun dans les coins. Cela, sans préjudice de l'observation des règles universellement reconnues relatives à l'emplacement, aux lieux d'aisance, etc.

7. C'est une erreur de s'imaginer qu'à la campagne, la pureté de l'air extérieur suffit à assurer la salubrité d'un hôpital. Ce qu'il faut obtenir avant tout, c'est la pureté, la quantité suffisante de l'air *intérieur*.

En conséquence, le cube d'air, dans tout hôpital, devra être au *minimum, de 60 mètres par lit ;* de 100 mètres pour les affections contagieuses.

8. Les hôpitaux de province, dans lesquels la mortalité moyenne et habituelle dépasse 13 pour 100 devront être immédiatement désaffectés.

9. Le régime *complet*, dans tous les établissements de bienfaisance où les administrés sont nourris, devra comporter 300 grammes de viande fraîche (avant préparation) par jour et par tête.

(1) On comprend le sentiment de discrétion auquel j'obéis en restant dans les généralités, sentiment relatif aux commissions administratives, le plus souvent inconscientes, beaucoup plus qu'aux congrégations. Mais, je tiens à le déclarer : il n'y a pas dans ce travail une seule allusion d'ordre général que je ne sois en mesure de justifier par des faits dûment constatés.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

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

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

COURS DE VACANCES. — Pendant les mois d'août et septembre prochains, *un cours pratique de bactériologie* aura lieu au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. On s'inscrit d'avance au laboratoire du professeur Cornil à la nouvelle Ecole pratique.

EXPOSITION AU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Une exposition des collections de la mission scientifique Savorgnan de Brazza dans l'Ouest africain a été organisée dans les bâtiments de l'Orangerie du Muséum par les soins des professeurs et de tout le personnel scientifique de cet établissement. Cette exposition a été ouverte officiellement le 30 juin 1886, à deux heures de l'après-midi, par M. Goblet, ministre de l'instruction publique, assisté de M. Xavier Charmes, directeur du secrétariat du ministère, et de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, en présence de M. Frémy, professeur-directeur, et de la plupart des autres professeurs. La notice sur ces collections a été rédigée avec grand soin par un collaborateur de la *Revue scientifique*. (Voir nº 27.)

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le projet de loi organique militaire dans ses rapports avec la médecine et les médecins.

Le projet de loi déposé par le général Boulanger à la Chambre des Députés est certainement le travail le mieux conçu, le plus étudié, qui ait été fait depuis notre réorganisation militaire. Nous n'avons rien à dire des modifications profondes que va subir la carrière de l'officier, dans son origine et son avancement ; cependant comme il doit exister une certaine analogie dans l'évolution de toutes les parties de l'armée, il nous plaît de faire remarquer par quelles épreuves devra passer l'officier désireux d'arriver aux grades supérieurs.

Tout aspirant officier doit vivre un an dans les régiments ; puis il est admis à concourir pour l'*Ecole normale militaire*. « Les connaissances acquises dans cette école suffiront pour l'exercice du commandement dans les grades subalternes. »

Pour être nommé capitaine, tout lieutenant doit subir des épreuves théoriques et pratiques.

Au grade de commandant, l'avancement a lieu uniquement au choix. Nul ne peut y prétendre s'il n'a passé par l'*École d'application de son arme*.

Si nous cherchons dans la médecine militaire l'analogue de toutes ces épreuves, nous sommes forcé de convenir que dans un corps absolument scientifique l'administration de la guerre, c'est-à-dire la 7e direction médicale, a eu dans ces dernières années comme tâche unique, d'élaguer toutes les épreuves dans l'avancement des médecins de l'armée.

Le concours des hôpitaux qui présentait autrefois une certaine garantie, parce qu'il avait lieu à Paris devant un jury unique, a été remplacé par un examen obligatoire, dit d'*aptitude*, pour le grade d'officier supérieur, mais dont la valeur a été singulièrement abaissée par la diversité des jurys, et il faut bien l'avouer, par la bienveillance exagérée des jurys, qui ne refusent plus aucun candidat. En dehors de cette épreuve illusoire, il n'existe donc plus rien dans la carrière des médecins militaires, qui puisse établir leur valeur médicale, leur aptitude à la médecine ou à la chirurgie.

Une réforme, établissant des examens semblables à ceux des autres officiers, analogues à celles des médecins de la marine où tous les grades sont donnés au concours, nous semble désormais nécessaire pour la considération même du corps.

Le projet de loi du général Boulanger est très favorable aux étudiants en médecine qui pourront obtenir un sursis jusqu'à leur nomination de docteur et faire ensuite leur service comme médecin auxiliaire dans un régiment, avec le grade d'adjudant.

C'est là une modification considérable, bienveillante, juste, utile au bon fonctionnement du service de santé et probablement fertile en conséquences heureuses pour le recrutement médical.

Nous en aurons donc fini avec cette institution des infirmiers conditionnels, qui avait l'unique résultat de donner à des jeunes gens intelligents des habitudes de paresse et de grossièreté, en leur inspirant malgré eux le dégoût et l'aversion du métier militaire. Le *Progrès militaire* a toujours pensé qu'il y avait dans l'emploi actuel des jeunes étudiants en médecine, une force vive complètement perdue pour l'armée. Le projet nouveau donne satisfaction à nos plus anciennes aspirations.

Avec le service des infirmiers conditionnels disparaît aussi le *volontariat* et le fameux service *auxiliaire*, dont jamais personne n'avait connu l'application, ni la signification exacte.

De ce fait, la législation des infirmités qui confèrent l'exemption devra subir une nouvelle révision.

Signalons, en passant, le nouveau fonctionnement du *Conseil de Révision* : celui-ci commence par établir les cas d'exemption, puis il procède au tirage au sort pour la première partie du contingent seul, c'est-à-dire pour les jeunes gens déclarés propres au service.

A l'issue des séances, les trois membres militaires se réunissent en commission pour apprécier l'aptitude particulière aux différents services (art. 35). »

Ce sont, en partie, les anciennes habitudes du Conseil de Révision, dont le médecin militaire, ne l'oublions pas, ne fait partie qu'à titre d'expert ; il en résulte que le seul homme qui ait qualité pour reconnaître l'aptitude aux différents services, est éloigné de cette commission. Pense-t-on en effet que l'officier supérieur, le capitaine, le commandant du recrutement, puissent reconnaître les bons tireurs, c'est-à-dire examiner la vue, juger la capacité pulmonaire, la forme des pieds ? Le médecin aurait pu rendre de grands services à ce poste, éviter bien des erreurs ; mais nous retrouvons en ce point, comme en quelques autres, les racines de cette singulière idée que le diplôme de docteur est incompatible avec tout acte d'autorité militaire.

Deux réformes importantes sont consacrées par les articles 166 et 167.

Par l'article 167, les officiers d'administration des hôpitaux sont sous les ordres des médecins militaires.

Nous avions pensé qu'il en était ainsi depuis 1883, mais, informations prises, il paraît que l'avancement de ces officiers dépendait encore de l'Intendance. Ainsi les intendants n'avaient plus rien à voir dans le service hospitalier et cependant ils continuent encore, nous affirme-t-on, à nommer les sergents et caporaux infirmiers comme aussi les officiers d'administration. Nous étonnerons peut-être nos lecteurs, mais nous pouvons affirmer le fait, car il aura lieu encore jusqu'à la promulgation de la loi Boulanger.

L'article 166 ne parle que des médecins dans la composition du personnel assurant le fonctionnement du service de santé. Dans les préliminaires qui précèdent les articles de la loi, l'auteur nous informe que les pharmaciens sont supprimés et que le service sera fait par des médecins ayant dirigé leurs études vers les sciences physiques, chimiques et naturelles.

C'est là, pensons-nous, une faute grave dont la responsabilité ne remonte pas seulement au général Boulanger.

Que le nombre actuel des pharmaciens militaires soit diminué, nous le comprenons, nous le désirons même ; car il est certain que 185 pharmaciens pour le petit nombre d'hôpitaux militaires que nous possédons, con-

© BIU Santé

stituent un cadre exagéré. En campagne, dans les ambulances, le pharmacien n'est pas toujours là, et le service n'est pas arrêté. Un pharmacien par hôpital avec des infirmiers : voilà ce qui est nécessaire, voilà ce qui existe dans les hôpitaux civils. Mais de là à une suppression radicale, nous ne saurions y applaudir ; car il n'est pas possible de penser qu'un médecin fera bien le service pharmaceutique, qu'il pourra s'occuper d'analyses, d'expertises, choses demandées chaque jour et dans des circonstances graves, importantes, aux pharmaciens militaires dont la capacité et l'indépendance étaient une ressource précieuse pour l'administration de la guerre. Celle-ci se montre peu reconnaissante à leur égard des services rendus par les Poggiale, les Coulier, les Roussin, et. Nous ne pensons pas que ce projet de suppression soit accepté par les assemblées législatives.

Dans tout projet, il existe certaines parties sacrifiées parce qu'elles étaient trop gênantes et sans grande valeur pour l'ensemble du travail.

Ce sont les infirmiers qui ont motivé l'embarras du ministre de la guerre. Il y avait cependant une chose toute naturelle à faire : les infirmiers relèveront des médecins comme les officiers d'administration. La chose était trop simple pour être acceptée : non, les infirmiers désormais feront partie du *train !* Les infirmiers, tringlots, direz-vous : avec des pantalons à basanes, des bottes et des éperons, auprès et dans les salles des malades ? Nous ignorons quelle sera leur tenue, mais d'après le projet (p. 22) il y aura 24 bataillons du train composés chacun de 3 divisions : une pour le service de l'état-major, la deuxième pour le service de l'intendance, la troisième pour le service de santé; cette dernière comprenant 2,382 hommes. Les infirmiers (p. 152) constituent la compagnie à pied de la 3e division.

Voilà les grandes lignes de cette loi nouvelle, qui reprend la constitution de l'armée par sa base, par l'unité d'origine de l'officier, mais aussi par la sélection du mérite. Malheureusement, cette réforme marche avec une autre, entreprise aussi par le même ministre, nous voulons parler de l'uniformité des soldes. Nous avons réclamé pour nos confrères de l'armée, et nous sommes persuadé que la partie intelligente du service de santé militaire la réclamera comme nous ; nous réclamons pour les médecins les mêmes épreuves qui sont imposées aux officiers pour arriver aux grades supérieurs. Mais en même temps, nous demandons une élévation de solde, ou un avancement tel qu'un docteur en médecine ayant subi un an de stage au Val-de-Grâce ne soit pas condamné à traverser les 15 meilleures années de sa vie avec une solde, s'élevant après 8 ans de service, en moyenne à 7 francs par jour, dans le nouveau tarif proposé.

Dans de telles conditions, il est certain que les rangs de la médecine militaire pourraient subir des vides dangereux.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — La chaire de pathologie comparée du Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante par arrêté du 3 juillet 1886. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 juin 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Pierret donne les résultats de ses *nouvelles recherches sur les névrites périphériques observées chez les tabétiques vrais.* Ces névrites cutanées sont très fréquentes, mais ne sont pas absolument constantes. Elle peuvent guérir, même chez les tabétiques francs, atteints de sclérose postérieure spinale confirmée et sans complications. M. Pierret a pu constater, dans un cas, la rénovation des tubes nerveux des troncs cutanés ; cette constatation permet de penser que la lésion des nerfs périphériques cutanés n'est peut-être que la traduction à distance de l'irritation inflammatoire des zones sensitives des centres, puisque celle-ci ne guérit jamais tout en restant susceptible de rémissions plus ou moins longues. L'action bienfaisante de certaines eaux thermales s'expliquerait ainsi aisément. L'existence de ces névrites périphériques coexistant avec une lésion centrale permet d'introduire dans la pathologie nerveuse la notion nouvelle d'inflammations chroniques qui, sans cesser d'être systématiques, peuvent occuper des foyers espacés en différents points du système atteint sans que la lésion des conducteurs ou des connectifs intermédiaires soit absolument nécessaire.

M. Serge Lewachew étudie l'*influence des nerfs sur la production de la lymphe.* En opérant dans des conditions toujours identiques, il a vu que la section du nerf grand sciatique produit une accélération du cours de la lymphe, que l'irritation du bout périphérique de ce même nerf amène au contraire un ralentissement, lequel disparaît avec l'excitation. Par conséquent, si sous une influence nerveuse quelconque, il se produit une modification assez considérable dans la circulation du sang, cette variation détermine toujours des changements dans l'écoulement de la lymphe.

M. Vulpian a reconnu la *persistance des mouvements volontaires chez les poissons osseux à la suite de l'ablation des lobes cérébraux.* En prenant les précautions indiquées par M. Steiner et qui consistent à empêcher, après l'opération, le contact de l'encéphale avec l'eau, il a constaté que la volonté persiste, que les manifestations volontaires paraissent être tout à fait semblables comme forme à celles des poissons osseux chez lesquels l'encéphale est intact.

M. C. Saint-Saëns demande que l'Académie, qui a rendu un si grand service à l'art par la création du diapason normal, complète son œuvre en dotant la musique d'un *métronome normal* réglé mathématiquement, et en obtenant du gouvernement que les métronomes, avant d'être livrés au public, fussent vérifiés et poinçonnés, comme le sont les diapasons, les poids et les mesures.

M. Aimé Girard continue ses recherches sur le développement végétal de la *betterave à sucre.*

M. Cuénot étudie les *fonctions de la glande ovoïde chez les Astérides.*

M. Maupas décrit la *conjugaison chez les Infusoires ciliés.*

M. Lahille donne des indications sur la *classification des Tuniciers.*

M. Remy Saint-Loup fait l'anatomie des *fossettes céphaliques* des *Némertes.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 juillet 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

M. le Président lit une lettre de remerciements de M. Van Beneden à propos de « l'adresse » qui lui a été récemment portée par M. Pouchet au nom de la Société.

M. Malassez présente divers instruments : un colorimètre modifié; deux cuves pour examens spectroscopiques; une platine chauffante usuelle ; divers modèles de plaques chauffantes pour les préparations microscopiques. En

© BIU Santé

même temps, il recommande vivement pour les examens à la lumière l'éclairage à la naphtaline et au gaz combinés, employé depuis deux ans dans le laboratoire de M. Ranvier.

M. Pouchet remet une note de M. Chabry sur les *hémimonstres* qu'il a réussi à produire chez les ascidies à l'aide des procédés d'une technique très délicate.

M. Brasse lit une note sur le *rôle de la dissociation en biologie*.

M. Ch. Richet présente une note de M. Ramey sur un cas de guérison d'un rétrécissement spasmodique de l'urèthre par suggestion. Le malade, un soldat, était un grand hystérique ; à plusieurs reprises, il avait présenté des phénomènes de même ordre pour lesquels il subit même une fois l'uréthrotomie interne. Naturellement le rétrécissement se reproduisit. On l'hypnotisa facilement et grâce à la suggestion, quelques jours plus tard il était guéri.

M. R. Blanchard rappelle qu'on ne connaissait jusqu'à présent qu'un cas de *Tænia nana* observé par Bilharz au Caire, en 1851, et dont les exemplaires avaient servi à la description de Leuckart. L'auteur en rapporte un second observé à Belgrade en 1885 et dont le professeur Dokitch a bien voulu lui remettre plusieurs échantillons lors d'un récent voyage. L'examen de ces derniers lui a permis de relever quelques inexactitudes dans la description de Leuckart en ce qui regarde surtout la disposition de la tête et du rostre. On ne comprend pas en effet comment peut se faire la protraction du rostre si celui-ci se retourne de la façon indiquée par l'auteur allemand. Se basant sur le développement, M. Blanchard montre qu'il n'y a pas retournement complet, mais bien simple retrait, à la façon du dard protractile de certains animaux.

M. Laborde ayant expérimenté sur le lapin, a constaté chez cet animal un certain degré d'excitabilité des cordons latéraux.

M. Chauveau dit que les expériences de M. Laborde ne contredisent pas, comme on pourrait le croire, les résultats qu'il a obtenus. Elles prouvent seulement que les cordons antéro-latéraux du lapin sont plus excitables que ceux du cheval et de l'âne : dans tous les cas, cette excitabilité ne saurait être comparée à celle des cordons postérieurs.

M. Quinquaud remet une note de M. Œchsner de Coninck intitulée : *Contribution à la synthèse des alcaloïdes*.

M. Henneguy remet deux notes de M. Degagny : *Des phénomènes de la division et du dédoublement des matières chromatiques; de la colorabilité des matières chromatiques*.

M. Boucheron, à propos de la communication de M. Vassaux, rappelle les expériences qu'il a instituées et qui l'ont conduit à attribuer au chalazion une origine parasitaire.

M. Bourquelot remet une note de M. Bouillaut sur les *tubes séminifères des batraciens*. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juillet. — Présidence de M. Sappey.

M. Rochard donne lecture du rapport de la commission que l'académie, sur le désir du gouvernement, avait chargé d'examiner la question des alcools au point de vue de l'hygiène publique. M. Rochard constate d'abord que, depuis quarante ans, la consommation de l'alcool a presque doublé et que, parallèlement, l'alcoolisme a augmenté dans d'effrayantes proportions ; c'est un véritable empoisonnement public dû à la qualité inférieure des alcools employés pour la fabrication des vins; les alcools de betteraves, de pommes de terre, de grains, si employés aujourd'hui, contiennent en effet de fortes proportions de principes délétères qu'une distillation imparfaite n'a pu extraire. La consommation de ces alcools amyliques tient à la diminution dans la production vinicole si grandement frappée chez nous depuis l'apparition du phylloxera. Les vins d'Espagne et d'Italie qui, actuellement, encombrent nos marchés et remplacent nos vin français sont artificiellement chargés d'alcools après avoir subi la préparation du vinage pratiquée avec des alcools de mauvaise qualité.

En présence de cet état de choses et de l'aggravation du mal, la commission propose certaines mesures que nous allons brièvement exposer.

1° Le vinage étant une opération nuisible sera surveillé attentivement et remplacé par le sucrage.

2° Les mesures les plus sévères seront prises pour empêcher les vins chargés d'alcool de pénétrer en France.

3° Les eaux-de-vie et les liqueurs sont d'autant plus dangereuses qu'elles contiennent une plus grande quantité d'alcools supérieurs ; le maximum de ces alcools qui entrent dans la fabrication des eaux-de-vie ne devra donc en aucun cas dépasser la proportion de 1 0/0.

4° Abaissement de 15 à 12 degrés du titrage des vins de consommation générale.

5° Enfin, réduction du nombre des cabarets qui existent, d'après les calculs, au nombre de un cabaret pour vingt-cinq consommateurs ; règlementation sévère de ces établissements et application rigoureuse de la loi sur l'ivresse publique.

L'académie décide que, dans sa prochaine séance, elle discutera ces différentes propositions afin de pouvoir transmettre le plus tôt possible au sénat les conclusions qui auront été adoptées.

M. Le Fort présente un filaire de Médine qu'il a extrait de la cuisse d'un de ses malades.

M. Bouchard présente en son nom et celui de M. Charrin un lapin sur lequel il a pu produire la cataracte en administrant la naphtaline à la dose de 1 gramme par kilogramme d'animal.

L'académie, après avoir nommé les membres des commissions pour les prix de 1886, se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Siredey sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. Sont présentés : *en première ligne*, M. Bouchard ; *en deuxième ligne*, M. Damaschino ; *en troisième ligne*, M. Cadet de Gassicourt ; *en quatrième ligne*, M. Duguet ; *en cinquième ligne*, M. Dieulafoy ; *en sixième ligne*, M. Sanné. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

13. Rétrécissement sous-aortique du ventricule gauche et rétrécissement aortique ; par Le Noir, interne provisoire.

Cette malade, entrée le 9 mars au soir, est morte le 12 au matin. Transférée de l'hôpital Saint-Antoine, elle était, lors de son entrée, dans un état d'asystolie très avancé et ne pouvait donner aucun renseignement. Elle présentait un œdème très considérable des membres inférieurs et de la moitié inférieure du tronc, œdème limité en arrière par un bourrelet très épais à la partie moyenne du dos ; elle avait, en outre, de l'œdème du dos, des mains et un peu de bouffissure du visage. L'abdomen présentait un volume considérable dû à l'œdème des parois d'une part, et à une ascite assez notable d'autre part. La dyspnée était intense et l'expectoration était abondante et purulente. A l'examen du cœur, on constate l'abaissement et le déplacement de la pointe en dehors, l'augmentation de la matité transversale. A l'auscultation, on entend deux souffles différents par leur siège et leur timbre, l'un s'entend à la base au foyer aortique, il est systolique, râpeux, très intense, l'autre plus sourd, s'entend à la pointe et commence un peu avant la systole. Les battements du cœur sont accélérés et claquants. Les battements de la sous-clavière droite sont perceptibles au-dessus de la clavicule ; les jugulaires sont saillantes, turgides, animées de battements, mais leurs valvules sont demeurées suffisantes. L'auscultation du thorax fait entendre des râles muqueux très abondants dans toute l'étendue des deux poumons. La malade a de l'incontinence d'urine, toutefois l'on peut constater sur une petite quantité de liquide la présence d'une quantité énorme d'albumine. Le lendemain, la malade était dans

© BIU Santé

le même état, mais le soir la dyspnée s'accentuait encore, la cyanose s'exagérait et la mort survenait le surlendemain matin.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on constate une hypertrophie considérable du cœur dont le poids est de 620 grammes. La cavité du ventricule gauche est très dilatée, les parois ont une épaisseur de 2 c. 1/2; la valvule mitrale présente des plaques calcaires ; la zone fibreuse est transformée en un anneau de substance calcifiée dont le calibre est environ égal à celui d'une plume d'oie. Après avoir sectionné les tendons pour voir la face opposée des valvules, on constate la présence de dépôts calcaires semblables dans le sinus limité par les valvules et la paroi ventriculaire, Mais des altérations bien plus marquées siègent à l'orifice aortique. Vues par l'aorte, les valvules sigmoïdes sont rigides, elles sont en parties calcifiées et présentent des nodules calcaires dont quelques-uns sont très épais. Ces nodules siègent à la face aortique des valvules, ils font saillie à l'intérieur des culs-de-sac sigmoïdiens et se présentent sous l'aspect de végétations mamelonnnées et à saillies irrégulières. A l'épreuve de l'eau elles sont reconnues suffisantes. A 1 cent. 1/2, au-dessous de l'orifice aortique, on trouve un repli circulaire, sorte de diaphragme perforé à son centre d'un orifice dont la forme, lorsque le repli est intact, est celle d'un triangle à côtés curvilignes. Cet orifice ne peut admettre le petit doigt dans l'orifice aortique et par l'aorte les deux doigts ne peuvent se rejoindre.

Du côté de la paroi, ce repli est plus épais et forme un bourrelet calcaire. La face inférieure du repli se continue avec la cavité ventriculaire, la face supérieure limite l'espace compris entre ce repli et les valvules sigmoïdes. Dans cet espace, vers la cloison interventriculaire se trouve une plaque calcaire se continuant avec les valvules sigmoïdes. L'aorte présente également des plaques calcaires. Dans les autres organes, on ne trouve pas de lésions spéciales.

14. Tuberculose pulmonaire. — Rhumatisme noueux. — Péricardite hémorrhagique ; par M. Roussan, interne provisoire des hôpitaux.

La nommée Ma..... Aimée, lingère, âgée de 55 ans, entrait à l'hôpital le 30 janvier 1885. Atteinte d'un rhumatisme noueux qui, depuis 7 mois, l'avait complètement privée de l'usage de ses membres, cette femme depuis longtemps toussait, avait perdu ses forces. A son entrée, l'auscultation des poumons indiquait au sommet gauche une expiration rude et prolongée avec craquements humides. Au cœur, on entendait un souffle systolique assez doux, se propageant vers l'aisselle, et un dédoublement du deuxième bruit. Le 10 juillet, la malade fut prise de broncho-pneumonie intense qui traîna en longueur et continua de l'affaiblir ; sa santé alla s'altérant de plus en plus. Il y a 15 jours environ, brusquement la température s'éleva, atteignant le 3e jour 39°,8, accompagnée de palpitations avec de violents accès d'oppression et de toux. L'exploration physique permit de constater qu'une nouvelle poussée de broncho-pneumonie frappait la malade. Les bruits du cœur étaient sourds, mal frappés, sans souffle ni bruit anormal, sans altération de rythme. Finalement la mort arriva le 17 par asphyxie rapide.

A l'autopsie, la cavité du péricarde renfermait 300 gr. environ d'un liquide séro-sanguinolent fortement coloré. La séreuse était, dans toute son étendue, tapissée de fausses membranes très vascularisées, de couleur rouge sombre, présentant dans leur épaisseur de nombreuses taches hémorrhagiques dont les plus larges avaient la dimension d'un grain de millet. Disposées en réseaux élégants, à l'aspect villeux, les néo-membranes épaisses de 2 à 3 millimètres, faiblement adhérentes, ont une consistance friable; leur origine est donc relativement récente. Çà et là, principalement au niveau de la base du cœur, des brides membraneuses unissent les deux feuillets. A l'œil nu, l'examen le plus attentif n'a permis de retrouver aucune trace de granulations bacillaires. Le cœur a un volume normal. Sa fibre musculaire est pâle et molle. Les cavités, notamment l'oreillette et le ventricule gauche, renferment des caillots mous et fibrineux. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est légèrement rétréci et insuffisant. Les bords de la valvule mitrale sont froncés, épaissis. L'aorte est saine ; ses valvules suffisantes. Le poumon droit congestionné est farci de granulations grises de la grosseur d'une tête d'épingle avec une caverne au sommet, de la grosseur d'une noix. Le poumon gauche, également semé de granulations tuberculeuses présente de nombreux foyers d'hépatisation rouge et grise. Les plèvres sont épaissies, adhérentes. Le foie est gras ; les reins légèrement congestionnés.

Il s'agit dans ce cas, pour résumer, d'une malade rhumatisante et tuberculeuse, qui a succombé à une poussée aiguë de broncho-pneumonie bacillaire ayant, par suite d'un épanchement péricardique antérieur, déterminé une asphyxie rapide.

Bien que l'examen microscopique ait manqué, il est vraisemblable que la péricardite est une péricardite hémorragique simple, non tuberculeuse, survenue chez une cachectique. Quant aux lésions orificielles, elles doivent être mises sur le compte du rhumatisme noueux, lequel a dû jouer également un rôle important sur la marche de la tuberculose.

15. Péricardite fibrineuse, méningite cérébro-spinale et pneumonie déterminées par le pneumonococcus sans pneumonie lobaire coïncidente. — Influence probable du pneumonococcus sur la production d'autres maladies. Pleurésie, broncho-pneumonie, broncho-alvéolite fibrineuse hemorrhagique. — Endocardite infectieuse ; par M. Netter, chef de clinique médicale à la Pitié.

Observation I. — *Péricardite fibrineuse. — Pleurésie fibrineuse droite. — Noyaux de broncho-pneumonie gauche. — Pneumonocoques. — Inoculations positives à deux animaux.*

M..., 50 ans, paraissant plus vieux que son âge, fort athéromateux, entre le 12 mars 1885 à la salle Jenner. Il nous apprend que depuis longtemps il est sujet à s'enrhumer. Depuis une quinzaine de jours, il a de la fièvre, souffre dans le tronc et les membres, tousse davantage. Ses crachats sont mucopurulents mêlés de quelques stries sanglantes. Sa température oscille entre 38°,5 et 39°. Les poumons sont sonores. Des deux côtés, l'on entend des râles sibilants et ronflants mêlés aux bases à des râles sous-crépitants. Le cœur paraît sain.

Le 13 mars au soir, il y a une matité appréciable à la base droite. Les vibrations sont conservées. On perçoit des frottements à ce niveau.

Le 14, la respiration est de plus en plus embarrassée. Mort dans la nuit.

L'Autopsie montre : dans le péricarde un épanchement jaune trouble de 200 grammes. Les deux feuillets de la séreuse sont recouverts d'un exsudat fibrineux, villeux, rappelant l'apparence classique des tartines de beurre brusquement séparées. Le cœur lui-même est sain. A la surface du poumon droit, au niveau des lobes inférieur et moyen, exsudat fibrineux mou. Les lobes inférieur et moyen sont revenus sur eux-mêmes, ils sont simplement comprimés, mais se laissent insuffler et ne présentent aucun point hépatisé. Dans le lobe inférieur du poumon gauche, noyaux broncho-pneumoniques : le plus considérable, postérieur, a la dimension d'une pomme d'api, deux autres ont le volume d'une noisette. Ces noyaux ont une surface granulée rouge ou grisâtre. Le raclage en fait sourdre un liquide grisâtre visqueux, non aéré. Les fragments enfoncent sous l'eau. A la surface du lobe inférieur, on voit quelques traînées blanc jaunâtre formées par des lymphatiques gorgés d'un liquide fibrineux. Il y a quelques petites plaques assez minces d'exsudat fibrineux. Dans les ventricules cérébraux, liquide abondant, rougeâtre, trouble. Les plexus choroïdes sont épaissis. La fibrine coagulée entre leurs mailles, leur donne dans la corne sphénoïdale, une apparence de tumeur. Traînées blanchâtres le long des vaisseaux de la pie-mère. Rien d'anormal du côté des autres organes.

© BIU Santé

L'*examen microscopique* a porté sur des lamelles provenant de : 1° l'épanchement péricardique ; 2° exsudat à la surface du cœur; 3° exsudat pleural droit; 4° exsudat pleural gauche; 5° contenu de lymphatique sous-pleural gauche ; 6° poumon gauche (noyau hépatisé); 7° bronchiole gauche au niveau du point hépatisé; 8° liquide des ventricules latéraux. Dans toutes ces parties, nous avons pu déceler de la façon la plus nette le microbe encapsulé de Friedlander. La capsule est très apparente. La forme allongée évidente. La plupart des grains ont une forme lancéolée lozangique. Ils sont généralement groupés deux à deux dans la même capsule. On trouve ces éléments libres ou contenus dans des cellules. Ils ne sont donc pas mélangés à d'autres formes parasitaires. Nous avons également recherché ces organismes dans les coupes du péricarde et du poumon. Dans la coupe du péricarde on voit que ces organismes sont contenus dans les cellules. Ils sont également abondants dans toute la hauteur de l'exsudat et se voient fort bien dans les cellules qui recouvrent la zone fibreuse du feuillet pariétal. Le liquide contenu dans le péricarde est injecté dans la plèvre droite d'une souris blanche et d'un cobaye. La souris blanche est trouvée morte le lendemain matin. Le cobaye après 2 jours. Dans les deux plèvres de la souris, liquide rougeâtre, visqueux. Poumons congestionnés, mais sans point hépatisé. Rate plus grosse. Nous avons trouvé des pneumonocoques dans : 1° plèvre droite ; 2° plèvre gauche ; 3° poumons et sang du ventricule gauche ; 4° rate ; 5° foie ; 6° reins ; 7° cerveau. Chez le cobaye, congestion pulmonaire sans noyaux hépatisés. Pneumonocoques en capsules dans : 1° exsudat pleural ; 2° exsudat péricardique ; 3° poumons; 4° sang du cœur gauche ; 5° rate ; 6° foie ; 7° reins; 8° cerveau. Ces microcoques sont nettement encapsulés.

Observation II.— *Méningite cérébro-spinale suppurée. — Pneumonocoques. — Inoculation à un cobaye. — Pneumonie double. – Pleurésie hémorrhagique double. — Péricardite.*

Le 8 mars, M. Dumontpallier pratique l'autopsie d'un malade qui a passé quatre jours dans son service et qui est mort présentant une contracture des quatre membres qui persiste encore à l'autopsie. Les différents viscères, et en particulier le cœur et les poumons ne présentent aucune altération. A la surface de l'encéphale, exsudat fibrineux purulent abondant. Le même exsudat à la surface de la moelle avec une prédominance marquée pour la face postérieure. J'examine un grand nombre de préparations provenant de l'exsudat à la surface du cerveau, du cervelet, de la moelle. Les organismes ovoïdes en grains d'orge, sont entourés d'une magnifique capsule. Ils sont absolument identiques à la figure donnée par Friedländer. Je bats un peu de l'exsudat rachidien dans de l'urine émise immédiatement par moi. Je m'assure que dans le liquide il y a des pneumonocoques. J'injecte trois gouttes de ce mélange dans la plèvre droite d'un cobaye. L'animal meurt au bout de cinq jours. Il y a une péricardite très notable. Les deux feuillets sont en des points très nombreux réunis par des fausses membranes fibrineuses. Entre les travées fibrineuses, liquide rougeâtre gluant. Altération analogue des deux plèvres et épanchement sanglant. Les deux poumons ont une teinte bleuâtre. La partie antérieure des lobes, les lobes supérieurs tout entiers sont absolument vides d'air, enfoncent dans l'eau ; leur surface de section a une apparence charnue. Le raclage de ces poumons montre des pneumonocoques de même que l'examen de l'exsudat. Les coupes montrent que l'altération des alvéoles consiste surtout dans la tuméfaction des cellules épithéliales. On trouve dans ces cellules des pneumonocoques.

Réflexions. — Voici donc deux observations dans lesquelles le pneumonococcus paraît bien certainement aussi en cause que dans la pneumonie franche aiguë. Car il y apparaît avec les caractères morphologiques que donne Friedländer et montre la même activité vis-à-vis des souris et des cobayes. Cependant, dans ces deux cas, il n'y avait pas de pneumomie franche. Des faits nombreux, dont les premiers sont dus à Klebs et à Eberth, ont montré le pneumonocoque dans la méningite qui, souvent, complique la pneumonie franche, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier leur assertion. On n'hésite pas à voir alors dans cette méningite compliquant la pneumonie un effet de l'activité du pneumonocoque. Il est aussi légitime, avec les arguments que nous apportons, de lui attribuer la méningite cérébro-spinale et la péricardite, alors même que la pneumonie lobaire est absente. Nous pensons que la péricardite fibrineuse et la méningite cérébro-spinale ne sont pas les seules maladies imputables au pneumonocoque. Nous avons, en effet, trouvé l'organisme de Friedländer dans trois cas de pleurésie fibrineuse sans pneumonie et dans trois cas de broncho-pneumonie.

Notre maître, M. le professeur Jaccoud, a publié dans son dernier volume de clinique une observation de bronchoalvéolite fibrineuse hémorrhagique chez un tuberculeux, dans laquelle nous avons trouvé l'organisme lancéolé en capsule, dans l'exsudat bronchique, dans les alvéoles, les capillaires et les lymphatiques pulmonaires. Cette année, notre maître a montré qu'un certain nombre d'endocardites infectieuses pouvaient être sous la dépendance d'un microbe lancéolé, encapsulé, tout à fait analogue à celui de la pneumonie. M. le professeur Cornil, de son côté, a rapporté à la Société anatomique, la description d'une laryngite suraiguë à frigore qui semblait due à l'action du microbe de la pneumonie. A toutes ces dernières constations on peut objecter sans doute que les caractères de forme ne suffisent pas à prouver qu'il s'agit du microbe de la pneumonie. Mais ces objections ne peuvent être faites aux deux observations rapportées en tête de ce travail et qui ont reçu le contrôle de l'expérimentation.

Note. — Leyden, en février 1883, dit avoir constaté que le liquide arachnoïdien, dans un cas de méningite cérébro-spinale sporadique, renfermait des organismes analogues à ceux de la pneumonie. Mais il dit « de la pneumonie et de l'érysipèle » et ces deux microbes diffèrent notablement l'un de l'autre. Le cas de Leyden est du reste consécutif à une otite et il se pourrait qu'il ait eu seulement affaire aux microbes de la suppuration. Je ne pense pas que la méningite cérébro-spinale suppurée sporadique soit toujours le fait du pneumococcus. Dans un cas observé par moi en 1884, l'exsudat méningé renfermait des chapelets de grains de différentes dimensions, quelques-uns très fins et des bâtonnets extrêmement déliés, les uns droits, les autres infléchis et même contournés en spirales.

M. Cornil vient de publier un cas de pleuro-pneumonie avec pleurésie du côté opposé et pus dans les cryptes amygdaliennes. Tous les exsudats renfermaient le pneumonocoque. D'ailleurs, les travaux de Sternberg, de Frankel ont montré que le microcoque capsulé de Talamon est fréquent dans la salive. Il diffère de celui de Friedländer en ce qu'il tue le lapin. En outre, on peut le trouver dans une série d'affections n'ayant aucun rapport avec la pneumonie, par exemple dans le pus d'abcès, de péritonites puerpérales. Il eût donc été intéressant, dans le cas de M. Netter, d'expérimenter sur le lapin.

M. Netter répond qu'il a expérimenté sur le cobaye, qui résiste au microcoque de la salive et qui, ici, a succombé.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 19 juin 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. C. Paul a expérimenté contre les végétations la teinture de *Tuya occidentalis*, arbre originaire de l'Amérique du Nord. A la dose de 30 gouttes matin et soir, il a obtenu d'excellents résultats dans un cas. En outre, il insiste sur ce fait que lorsqu'on détruit une végétation par les caustiques ou le fer rouge, les autres du même groupe disparaissent généralement d'elles-mêmes.

M. E. Labbé partage l'opinion de M. C. Paul en faisant observer, toutefois, que les végétations du gland, les choux-fleurs, ne guérissent pas de cette façon. Puisque tout un groupe

© BIU Santé

de verrues guérit souvent lorsqu'on en cautérise une, on peut trouver dans ce fruit un argument en faveur de la non-contagion de ces productions.

M. C. PAUL dit que, si les verrues sont considérées comme contagieuses, le microbe n'est pas encore bien démontré. Du reste, les individus vierges y sont également sujets.

M. BÉDOIN s'est toujours très bien trouvé de l'emploi de la poudre de sabine, soit pure, soit mélangée avec de l'alun; parfois de la teinture éthérée de sabine.

M. C. PAUL dit que la poudre de Swediaurer, également usitée en pareil cas, renferme aussi de la sabine.

M. CADET DE GASSICOURT demande la raison des divergences qui existent entre M. C. Paul et M. Ménier; celui-ci donne, en effet, la teinture de tuya à la dose de 6 à 8 grammes par jour.

M. C. PAUL dit que 25 à 30 gouttes, deux fois par jour, suffisent.

M. GUÉRIN lit une note sur la *Gélosine*, substance extraite d'une algue du Japon, le *Gelidium corneum*. Cette substance peut servir d'excipient pour une foule de préparations pharmaceutiques; 250 grammes de gélosine immobilisent 100 litres d'eau.

M. CRÉQUY demande si la gélosine est aussi favorable que l'axonge pour l'absorption des médicaments.

M. GUÉRIN répond que l'absorption est encore plus favorisée; en effet, l'eau chargée du principe médicamenteux forme les 99 parties du topique; cette eau est incessamment exprimée, parce que le principe de la gélosine est doué d'une grande retractilité. On peut faire de cette façon des suppositoires, des bougies uréthrales; il suffit d'incorporer plus ou moins d'eau, suivant les cas. GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 6 mai 1886. — PRÉSIDENCE DE M. LETOURNEAU.

M. VIAU, médecin de marine, offre quatre crânes Sakalaves provenant de squelettes enfermés dans des cercueils en bois qui ont été découverts dans la baie de Mayambo. En général les Sakalaves plaçaient les cercueils contenant leurs morts dans des cavernes terminées par un couloir.

M. ELISÉEFF envoie l'observation d'une femme qui présentait un appendice caudal couvert de poils; cette anomalie se rencontrait également chez plusieurs de ses ascendants maternels.

M. MANOUVRIER offre, de la part de M. RIU, 1° un crâne provenant d'un imbécile mort aliéné et qui présente divers caractères anormaux tels que faible développement de la voûte crânienne par rapport à la base du crâne; très grand trou occipital, forme simienne de la voûte palatine etc.; 2° un second crâne de fort volume à parois épaisses et grosses apophyses mastoïdes, il provient d'un épileptique qui avait tué sept personnes; enfin 3° une calotte crânienne dont la sagittale droite obturée de bonne heure a produit la déformation dite *plagiocéphalie réniforme*.

M. DENIKER, en collaboration avec M. Boulart, lit un travail sur le développement des sacs laryngiens chez les anthropoïdes.

Les diverticules laryngés ne se montrent sauf exceptions chez le gorille et le chimpanzé que vers l'époque où finit la dentition de lait. Les deux sacs se développent également des deux côtés jusqu'au moment où ils atteignent environ le volume d'un pois, puis alors un des sacs augmente seul très rapidement et prend une très grande dimension occupant les régions cervicale antérieure et la pectorale partiellement. Le sac présente plusieurs diverticules; chez le gorille c'est le diverticule sous-maxillaire qui prend le plus grand développement, chez les autres anthropoïdes il n'existe pas. Or dans les cas rares, il est vrai, où on a observé ce sac chez l'homme, c'était également le diverticule supérieur qui était le plus marqué comme chez le gorille

Séance du 20 mai. — PRÉSIDENCE DE M. LETOURNEAU.

M. LANDOWSKI présente une femme de 40 ans dont le vagin et l'utérus sont complètement divisés par une cloison verticale Cette femme qui n'a jamais eu d'enfant est réglée deux ou trois fois par mois.

M. MAUREL qui arrive de l'Indo-Chine où il avait été envoyé en mission scientifique a étudié avec soin l'éthnologie du Cambodge. Il a rapporté et présente des crânes et des ossements de chefs Kmers tués pendant la guerre. L. C.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

IV. Du traitement chirurgical des myomes utérins; par le Dr VAUTRIN. — J. B. Baillière, Paris, 1886.

IV. M. Vautrin, après avoir prévenu ses lecteurs qu'il laissera presque complètement de côté le traitement chirurgical de plusieurs variétés de myomes utérins, entre autres celui des *polypes pédiculés* de l'utérus, — (il nous semble pourtant qu'il est rare de voir un polype *sessile*, ou alors... alors, est-ce franchement un polype?) — nous fait connaître les indications et contre-indications du traitement opératoire des myomes utérins en général. — Pour lui, les indications les plus importantes sont l'accroissement rapide de la tumeur, les hémorrhagies, les douleurs, une péritonite au début causée par le corps fibreux lui-même, les signes d'obstruction pelvienne, la gangrène, etc.; après avoir discuté les contre-indications et montré quand il ne faut pas intervenir chirurgicalement, il mentionne ce qu'on doit se borner à faire; en effet, par acquit de conscience, comme s'il craignait de laisser croire à ses lectrices malades qu'il n'y a plus rien à tenter lorsque la chirurgie s'est déclarée incompétente, il indique brièvement les bases du traitement médical.

Ces préliminaires posés, M. Vautrin distingue très nettement et avec juste raison les cas où les myomes ont une évolution *vaginale* et ceux où ils se développent vers la *cavité abdominale*. Cette première division rend plus facile à saisir et à classer la foule des procédés opératoires employés dans le traitement de ces tumeurs. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'énumération, très détaillée d'ailleurs, de ces différents procédés, que les myomes soient accessibles par le vagin, ou qu'il faille les aborder carrément par la voie abdominale; il faut lire cette thèse si l'on veut se faire une idée de la complexité du sujet. En appendice, M. Vautrin a écrit un certain nombre de pages sur la castration ou opération de Battey, opération qui ne doit être considérée que comme une méthode palliative, applicable surtout dans les cas où ces tumeurs utérines amènent des troubles incompatibles avec l'existence; en effet, est-il raisonnable, aujourd'hui du moins, de croire que la castration puisse amener la résorption des fibromes? Avant de s'enthousiasmer, attendons et analysons les observations. D'autre part, l'auteur a étudié spécialement la question du traitement des pédicules dans l'hystérectomie pour présenter une vue d'ensemble sur ce sujet tout d'actualité.

Nous recommandons aux chirurgiens, qui désirent apprécier chacun des procédés que M. Vautrin décrit, de consulter les statistiques généralement très soignées (1) qu'il a eu l'excellente idée d'ajouter à son travail. MARC. B.

CORRESPONDANCE

Les médecins italiens et la Condotta médicale.

Bologne, 1er mai 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Avant d'avoir suivi les étudiants italiens dans leur journée laborieuse et vécu leur vie dans quelques-unes de leurs principales universités, je pensais que les études médicales étaient chez nous plus difficiles et plus sérieuses que chez nos voisins. Je dois maintenant confesser mon erreur et avouer que l'Italie

(1) Oui, généralement, mais pas toujours; en effet, dans le tableau des observations de castration, p. 340, 341, on voit une opérée (n° 6) mourir de péritonite septique, et comme résultat, nous trouvons : guérison. De plus, chez une autre opérée (n° 7) les douleurs disparaissent complètement (ce qui semble vouloir dire qu'elle guérit, et en fait elle a vraiment guéri); cependant, le résultat aurait été cette fois-ci : la mort. Ce n'est là, d'ailleurs, croyons-nous, qu'une simple transposition de mot.

© BIU Santé

exige de ses médecins une instruction plus solide que la France.

En Italie, il n'existe aucun grade qui corresponde à celui d'officier de santé. Pour avoir le droit de libre exercice, tous les médecins doivent obtenir la « *Laurea* », analogue à notre Doctorat français, mais qui ne se confère qu'après un minimum de six années d'études. Tous les étudiants, avant de commencer les cours de laurea doivent être en possession du diplôme de « *Licenza liceale* » équivalant au baccalauréat ès lettres. A la fin des six années d'étude sont répartis vingt-quatre examens dont quelques-uns roulent sur des matières un peu négligées dans nos Facultés; tels sont ceux d'*ophthalmoiâtrie* théorico-pratique, de *psychiâtrie* et *clinique psychiâtrique*, de *dermopathologie* et *clinique dermopathique et syphilopathique*, pour employer les mots traduisant textuellement ceux des programmes d'études. Pendant ces six années, les étudiants sont obligés de suivre au minimum trois ou quatre heures de cours par jour, d'abord parce que le professeur, pendant la leçon, appelle souvent des élèves pour leur poser des questions sur l'objet de son cours, ensuite parce que le professeur sera lui-même un des examinateurs de l'étudiant, et qu'il devra lui donner une attestation d'assiduité, pour qu'il puisse être admis à l'examen.

En Italie comme en Allemagne, l'enseignement clinique se donne surtout dans les amphithéâtres. On apporte les malades sur un lit au milieu des élèves et c'est là que le professeur les examine et établit le diagnostic et le traitement. Ce système, en même temps qu'il permet à l'étudiant de bien voir le malade et le professeur, lui donne la facilité de régler exactement son temps. La leçon de clinique commence à l'heure fixée et dure une heure ou une heure et demie. Tout est calculé de façon que les étudiants des trois dernières années puissent assister tous les jours à trois leçons de clinique. Les leçons de cliniques générales, médicale et chirurgicale, étant obligatoires tous les jours pendant trois ans, et les jours de cours étant, par an, de 160 en moyenne, il en résulte que chaque étudiant assiste à plus de 450 leçons des deux cliniques médicale et chirurgicale. L'enseignement des cliniques spéciales est plus restreint, cependant l'étudiant entend en moyenne 80 leçons de clinique obstétricale et gynécologique, autant de leçons de clinique ophthalmologique et de clinique dermopathique et syphilopathique, 26 leçons de clinique psychiâtrique. La journée de l'étudiant est ainsi réglée à partir de la quatrième année : tous les matins, deux leçons de clinique générale et une leçon de clinique spéciale; après midi, les autres cours et les exercices de physiologie et d'anatomie pathologique. Les exercices de médecine opératoire ont lieu généralement le soir de 7 à 10 heures. En été les cliniques commencent à 7 heures du matin. N'avais-je pas raison de dire que la journée de l'étudiant italien est une journée laborieuse ?

La laurea obtenue, ou bien le jeune docteur suivra la carrière de l'enseignement, ou bien il se livrera immédiatement à la pratique médicale. Même dans ce dernier cas, il est rare qu'il ne suive pas encore dans quelque Faculté un ou deux cours de perfectionnement sur des matières qu'il a négligées ou dont il veut faire une spécialité.

La route de l'enseignement est totalement différente de la nôtre. Comme il n'existe en Italie rien qui ressemble à nos Fourches caudines de l'aggrégation, le futur professeur se spécialise dès la laurea. Il devient pendant deux ou trois années, ou plus, l'assistant d'un professeur et, à ce titre, reçoit une indemnité de 1000 à 1,500 francs, avec un logement dans l'hôpital. La plupart vont ensuite, souvent aux frais de l'Etat ou avec les subsides de fondations particulières, passer une ou plusieurs années dans des cliniques ou laboratoires à l'étranger, où ils étudient uniquement la branche de l'enseignement médical qu'ils ont choisie. Revenus en Italie, ils demandent l'examen de privat-docent, toujours dans la même spécialité, et enfin, quand s'ouvre le concours pour une chaire dans cette spécialité, concours qui a presque toujours lieu par titres, ils s'y présentent. Les titres sont leurs travaux personnels et les cours qu'ils ont professés comme privat-docent et qui montrent, mieux qu'une leçon d'une heure, leur aptitude didactique. Il faut convenir que, par cette méthode, si les professeurs sont moins encyclopédiques et moins aptes à développer brillamment une question, ils ont eu plus de temps pour mûrir leur enseignement.

Abandonnant les sommets où arrivent les mieux doués, nous revenons aux plus modestes qui vont former les praticiens dans les villes et les campagnes de l'Italie. Les plus fortunés choisissent en général les villes importantes où leur carrière ne diffère pas sensiblement de celle des médecins français dans les mêmes conditions. Les moins favorisés entrent en « *Condotta.* »

La Condotta d'où est venue la dénomination de « *Medici condotti* » est une expression dont personne ne donne une étymologie satisfaisante. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elle est très ancienne et que, au XIII[e] siècle, elle figure déjà dans les contrats faits entre les médecins et les communes et associations de charité pour le traitement des indigents. Cette expression n'est pas spéciale aux médecins : les professeurs étaient « *condotti* » à faire un cours; Michel-Ange fut « *condotto* » à exécuter un monument artistique. Actuellement on appelle « *Medici condotti* » les médecins payés par les Municipalités pour la cure des pauvres ou de l'entière population d'une commune : ce sont, si l'on veut, des médecins municipaux (un certain nombre de condotti, 108, sont entretenus, non par les municipalités, mais par des fondations de bienfaisance publique).

Les condotti sont très nombreux en Italie. En 1882, sur 18,044 médecins, 9.027, c'est-à-dire la moitié, étaient dans cette condition. (*Annales de statistique italienne*, 1884). Selon le Dr Enrico Raseri (*Congrès d'hygiène et de démographie de Genève*, 1882), l'existence en Italie de médecins rémunérés directement par l'Etat ou les cités remonterait aux derniers temps de l'empire romain. Au III[e] siècle de l'ère chrétienne, Valentin et Valentinien créèrent les archiâtres populaires qui, payés par les cités, devaient soigner les pauvres, veiller à l'hygiène publique et fournir leur expérience en matière légale. On retrouve la trace de fonctionnaires analogues à diverses époques de l'histoire : en Sicile exista le « *Proto-medicato* » et à Venise le « *Magistrato di sanità* ». Toutefois l'institution des medici condotti n'eut de base solide qu'au commencement de ce siècle, après le décret du 5 septembre 1806, qui instituait, dans chaque chef-lieu de département, une commission départementale de santé et, dans chaque commune, une commission communale, pour veiller à tout ce qui concerne la santé publique. La loi établissait, comme pivot de ce système sanitaire, les medici condotti chargés de soigner les pauvres. En 1865, après la reconstitution du royaume d'Italie, parut la loi communale et provinciale actuellement en vigueur, aux termes de laquelle les communes sont obligées de pourvoir au service sanitaire pour le traitement de leurs indigents : les medici condotti devinrent dès lors nécessaires dans chaque commune.

En 1882, sur 8,259 communes qui composent le royaume d'Italie, 7,672 avaient des medici condotti, 564 seulement en étaient dépourvues. Le Piémont et la Sardaigne sont les provinces qui ont le moins de ces médecins municipaux.

Recevez, etc ,

Dr A. CHUQUET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE

Des préparations de quinquina ; vins, extraits, quinium.

Les médecins qui font de la thérapeutique leur étude de prédilection, ne paraissent pas s'être préoccupés sérieusement jusqu'ici de l'indigence des vins de quinquina en alcaloïdes.

La seule conséquence qu'on ait tirée de cette constatation, encore tout récemment, a été de décider que le sulfate de quinine étant le vrai médicament de la fièvre, il n'y avait pas lieu de s'inquiéter de la présence ou de l'absence des alcaloïdes dans les vins de quinquina ; que ceux-ci devaient seulement posséder des qualités toniques.

© BIU Santé

Qu'est-ce à dire, sinon que dans le quinquina il y aurait deux sortes de principes tout à fait distincts : les alcaloïdes (fébrifuges), qui sont éliminés des préparations vineuses, et d'autres principes (toniques), qui s'y trouveraient au contraire retenus ?

Certains membres de la Société de thérapeutique, tout récemment, ont même renchéri sur cette manière de voir : ils ont proposé de n'employer à la préparation des vins de quinquina, que les quinquinas gris, *loxa* ou *huanuco*, tous deux remarquables par leur richesse en tanin (1/20) et leur pauvreté en alcaloïdes (à peine 1 pour 100). Si cette proposition venait à être adoptée, comme une règle, le vin de quinquina serait, dorénavant et par principe, encore plus dépourvu d'alcaloïdes, puisque sa préparation facultative avec du quinquina jaune permet d'en faire entrer deux à trois fois plus que n'en contiennent les quinquinas gris. Le vin de quinquina ne serait plus, en somme, qu'une solution vineuse de tanin ou d'acide quinotannique. Ainsi, cela paraît être une opinion bien arrêtée chez quelques médecins de ne considérer dans le quinquina comme principe tonique, que le tanin exclusivement ou à peu près.

Je crois qu'il est bon, avant de laisser cette opinion s'accréditer, de faire appel de ce jugement. D'autres médecins, en effet, professent une opinion toute différente.

Je connais un certain nombre de confrères qui prescrivent de petites doses de sulfate de quinine, aux lieu et place des autres préparations de quinquina, dans la dyspepsie atonique et dans l'anémie, avec le plus grand succès. La quinine fait également partie, à notre connaissance, de certaines formules de remèdes secrets, et la foi du public dans la vertu de ces préparations s'explique, selon moi, par des effets positifs, au moins pour une bonne part. Cette manière d'agir n'est-elle pas comparable d'ailleurs à celle qui nous conduit à prescrire la morphine, la codéine, la marcéine, au lieu de l'opium et de ses extraits. Elle est tout autant justifiée, car l'âme, le principe actif du quinquina, comme celui de l'opium, doit résider surtout dans ses alcoloïdes.

C'est l'opinion qu'exprimait ces jours derniers, à l'Académie, le Dr Nicolas, dans sa relation si intéressante sur l'*hygiène dans l'isthme de Panama*. Le Dr Nicolas reconnaît l'insuffisance du sulfate de quinine contre les fièvres terribles de ces climats ; mais il n'en persiste pas moins à le conseiller comme tonique et dans le but de mettre l'organisme en état de défense. En faveur du crédit qu'il faut accorder aux alcaloïdes du quinquina comme toniques, il y a lieu d'invoquer aussi les expériences récentes du Dr Laborde.

Le chef du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, étudiant l'action physiologique, et surtout les propriétés d'ordre dynamique de la cinchonine et de la cinchonidine, tire de ses recherches les conclusions suivantes : la quinine agit surtout sur le cerveau, la cinchonine et la cinchonidine portent surtout leur action sur le bulbe et la moelle. Au point de vue pratique, ces recherches sont intéressantes, car elles semblent prouver qu'en thérapeutique, on pourrait souvent substituer à la strychnine, qui est toxique, la cinchonine, qui l'est beaucoup moins. — Nous voici loin de l'opinion de ceux qui refusent aux alcaloïdes une part des propriétés toniques de l'écorce.

Mais il est bien vrai que le tanin, ou acide quinotannique soit l'agent dynamophore principal ? Nous avons peine à comprendre qu'il soit encore aussi souvent nécessaire de faire ressortir combien le tanin en excès, est, au contraire, un écueil pour cette médication, et souvent porte plus de dommage que de profit. Le tanin précipite la pepsine et crispe la muqueuse digestive : il offense l'estomac et empêche la digestion, et nombre de malades qui prennent du vin de quinquina pour s'aider à manger et se tonifier, doivent y renoncer, à cause des crampes d'estomac, des gastralgies, du pyrosis qui surviennent à la suite.

Pour nous, c'est une conviction bien réfléchie et qui nous vient d'une observation attentive et réitérée, que le bien que peut faire le vin de quinquina, il le fait en vertu des alcaloïdes qu'il contient, quoique souvent en proportion infime. Mais ces avantages sont souvent contre-balancés, dans les vins préparés suivant les vieux errements, par la trop forte proportion de tanin et de matières inertes qu'ils contiennent.

En réalité, d'accord en cela avec l'Académie de médecine, nous ne connaissons qu'une seule méthode correcte et scientifique pour préparer les vins à base de quinquina, c'est celle de Labarraque, et un seul produit qui la réalise, c'est le quinquinium Labarraque.

40 Grammes de ce vin représentent sûrement 5 centigrammes d'alcaloïdes et 10 centigrammes d'extractif soluble et aromatique. Deux fois cette dose chaque jour, ou un verre à liqueur après chaque repas, font de cette médication une véritable intervention thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1885) ; par Bourneville. — In-8 de LXII-63 pages avec figures. Bureaux du *Progrès médical*.

Comme ces aînés ce compte rendu contient, chacune avec un développement à peu près égal, une partie administrative et une partie plus spécialement consacrée à la médecine proprement dite. Les pages relatives à l'organisation et à la marche générale du service sont cette année plus consolantes ; des améliorations importantes ont pu être effectuées, non pas que l'Administration de l'Assistance publique ait désarmé (ce temps n'est pas près de venir), mais ses résistances ont été vaincues, c'est une victoire dont M. Bourneville a tout lieu d'être fier, car c'est après une lutte acharnée, interminable, qu'il l'a remportée. Les écoles ont été enfin transportées dans la nouvelle section, l'infirmerie de l'ancienne section où végétaient pêle-mêle les enfants atteints de maladies aiguës et chroniques, contagieuses ou non, les agités, les gâteux, les idiots, les invalides, ce capharnaum lamentable a été définitivement évacué, et tout permet d'espérer que bientôt sera bâti un pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses.

Les résultats de l'enseignement professionnel sont particulièrement intéressants, la valeur de la main d'œuvre produite par ces malheureux enfants n'a pas été moindre de 16.000 fr. dépassant de 4250 fr. le salaire qu'a dû payer l'administration aux maîtres qui dirigent l'atelier de chaque corps d'état ; ainsi ces épileptiques, ces idiots, auxquels il était impossible, sans commettre un gaspillage inutile, de chercher à donner la moindre instruction, les voilà qui non seulement peuvent payer leurs maîtres, mais encore gagnent plus de quatre mille francs ! la démonstration est sans réplique et M. Bourneville a le droit d'être fier d'une œuvre qui est bien la sienne.

La seconde partie ne contient pas moins de treize observations de familles différentes dans lesquelles on voit l'épilepsie, l'idiotie, diverses dégénérescences psychiques frapper un plus ou moins grand nombre de membres ; ces observations constituent pour la grande question du rôle de l'hérédité dans les maladies du système nerveux des documents dont l'importance est d'autant plus grande que ces observations entrent à cet égard dans les plus minutieux détails. Puis vient un cas de *chorée* traitée par le bromure de camphre, on ne peut dire que la guérison ait été tout à fait rapide, mais il est vraisemblable que le traitement a eu quelque influence sur l'amélioration progressive et la guérison.

L'observation qui termine le volume est celle d'un enfant de 15 ans qui après avoir entendu parler le soir par ses camarades de voleurs et de vols commis dans les environs, fut la nuit même réveillé par des hallucinations effrayantes de la vue, il existait aussi des hallucinations du goût et de l'odorat ; ces manifestations se prolongèrent un certain nombre de jours, et se terminèrent par une guérison complète.

© BIU Santé

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Proposition de loi concernant l'organisation de l'administration de la santé publique (1).

TITRE Ier. — *De l'administration de la santé publique et de ses attributions.*

Art. 1er. — L'administration de la santé publique est chargée de provoquer, de surveiller et d'exécuter les mesures d'hygiène publique et de salubrité prescrites par les lois, décrets et règlements spéciaux, notamment en ce qui concerne : 1° L'assainissement des villes et des campagnes, des localités et des immeubles de toute nature et de leurs dépendances ; 2° La salubrité des cours d'eau, l'alimentation en eau potable des agglomérations; 3° Les grands travaux d'assainissement, les constructions d'édifices, écoles, prisons, hôpitaux et hospices, ports, canaux, réservoirs, fontaines, halles et marchés, routoirs, égouts, cimetières, la voirie, etc., sous le rapport de l'hygiène publique; 4° La salubrité des écoles, hôpitaux et hospices, maisons d'aliénés, établissements de bienfaisance, prisons, dépôts de mendicité, asiles, etc.; 5° La salubrité, tant intérieure qu'extérieure des fabriques, manufactures, usines, mines, chantiers, ateliers, ainsi que les conditions d'hygiène des personnes qui y sont employées; 6° Les demandes en autorisation, translation ou révocation des établissements insalubres, dangereux ou incommodes; 7° Le travail des adultes, hommes et femmes, et des enfants et filles mineures employés dans l'industrie; 8° La police sanitaire, les quarantaines et les services qui s'y rattachent; 9° Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissihles, tant pour les hommes que pour les animaux ; 10° La propagation de la vaccine; 11° La protection des enfants du premier âge; 12° La qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments livrés à la consommation; 13° L'amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'Etat, aux départements, aux communes et aux particuliers, et les moyens d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres; 14° La police médicale et pharmaceutique; 15° La surveillance des bureaux municipaux d'hygiène et des laboratoires municipaux et départementaux d'analyses des substances alimentaires; 16° La statistique démographique et le géographie médicale.

TITRE II. — *De la direction de l'administration de la santé publique.*

Art. 2. — Il est institué une direction de l'administration de la santé publique, réunissant les divers services auxquels ressortissent les attributions énumérées à l'article précédent.

Art. 3. — Un décret du président de la République, rendu après avis du Conseil d'Etat, déterminera, dans un délai de trois mois à partir de la promulgation de la présente loi, le ministère auquel cette direction sera attachée, ainsi que l'organisation de son personnel.

TITRE III. — *Des agents de la santé publique.*

Art. 4. — Il est créé un service d'agents de la santé publique, chargés de provoquer, d'exécuter et de surveiller les diverses mesures prises en conformité des attributions conférées à l'Administration de la santé publique aux termes de l'article 1er de la présente loi. Les agents de la santé publique centralisent les affaires sanitaires dans la limite de leurs circonscriptions et attributions respectives.

Art. 5. — Les agents de la santé publique comprennent : un ou plusieurs inspecteurs généraux auprès de la direction de l'Administration de la santé publique ; un inspecteur départemental auprès du préfet dans chaque département; un ou plusieurs sous-inspecteurs départementaux, sous les ordres de l'inspecteur départemental.

Art. 6. — Un règlement d'administration publique déterminera, sur la proposition du Conseil national de la santé publique, et après avis du Conseil d'Etat, dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, le nombre, le traitement et le mode de recrutement des agents de la santé publique.

Art. 7. — Les procès verbaux dressés par les agents de la santé publique font foi jusqu'à preuve contraire.

TITRE IV. — *Des Conseils et Commissions de la santé publique.*

§ 1. — *Conseil national de la santé publique.*

Art. 8. — Un Conseil national de la santé publique est institué auprès de la direction de l'Administration de la santé publique. Il se compose de trente-sept membres, suivant une répartition ainsi fixée : 1° 2 Sénateurs, élus par le Sénat; 2° 2 Députés, élus par la Chambre des députés; 3° 3 Membres de l'Institut, élus par leurs collègues; 4° 1 Membre de l'Académie des beaux-arts, section d'architecture, élu par ses collègues; 5° 2 Membres de l'Académie de médecine, élus par leurs collègues; 6° 1 Conseiller à la Cour de cassation, élu par ses collègues; 7° 1 Conseiller d'Etat, élu par ses collègues; 8° Le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris; 9° 1 Professeur de l'Ecole de pharmacie, élu par ses collègues; 10° 1 Professeur du Conservatoire des arts et métiers, élu par ses collègues; 11° 1 Professeur de l'Ecole des mines, élu par ses collègues; 12° 1 Professeur de l'Ecole des ponts-et-chaussées, élu par ses collègues; 13° L'inspecteur général du service de santé des armées; 14° L'inspecteur du service de santé de la marine; 15° Le Directeur des affaires commerciales et consulaires au ministère des affaires étrangères; 16° Le Directeur de l'Administration départementale et communale au ministère de l'intérieur; 17° Le Directeur des douanes; 18° 1 Inspecteur général de l'Université, désigné par le Ministre de l'instruction publique; 19° 1 Professeur de l'Institut national agronomique; 20° Le Directeur de l'Assistance publique; 21° Le Président de la Chambre de commerce de Paris; 22° 1 Juge au Tribunal de commerce, élu par ses collègues; 23° L'inspecteur général ou les inspecteurs généraux du service de la santé publique; 24° Le Directeur de la santé publique; 25° Le Directeur du laboratoire sanitaire auprès du ministère; 26° L'Inspecteur général des services vétérinaires du ministère de l'agriculture; 27° Cinq membres désignés par le ministre auprès duquel est placée la Direction de l'administration de la santé publique.

Art. 9. — Des auditeurs sont adjoints au Conseil national de la santé publique, ils ont voix consultative. Ils comprennent : 2 médecins civils, 1 médecin militaire, 1 médecin de la marine, 2 chimistes, 1 ingénieur des mines, 1 ingénieur des ponts et chaussées, 1 ingénieur civil diplômé, 1 architecte diplômé, 1 docteur ou licencié en droit.

Art. 10. — Le Conseil national de la santé publique est présidé par le Ministre. Le vice président est nommé directement par le Ministre. Les auditeurs sont nommés par le ministre sur des listes de présentation portant trois noms et dressées par le Conseil.

Art. 11. — Le Conseil national de la santé publique se réunit régulièrement tous les mois; il est subdivisé en sections qui tiennent une réunion par quinzaine, à jour fixe.

§ 2. — *Des Conseils départementaux et des Commissions de la santé publique.*

Art. 12. — Il est établi au chef-lieu de département un Conseil départemental de la santé publique. Ces Conseils se composent de neuf membres au moins et de douze au plus, nommés par le Préfet, et, en outre, des membres de droit désignés dans l'article 15. Un tableau, dressé par le Ministre, sur l'avis du Conseil national de la santé publique, réglera, dans les trois mois qui suivront la promulgation de la présente loi, le nombre des membres et la composition de chaque Conseil départemental de la santé publique.

Art. 13. — Il est institué dans chaque département des Commissions de la santé publique siégeant aux chefs-lieux de circonscriptions dont le nombre et l'étendue sont fixés, dans

(1) Ce projet est présenté par MM. Siegfried, Chamberland, Henri Liouville, Blatin, Chevandier, Waldeck-Rousseau, Duché, (Loire), Clémenceau, Bernard Lavergne, Raoul-Duval, Bourgeois (Vendée), Jules Ferry, Félix Faure, Javal, Le Souef, Dupuy (Aisne), Lyonnais, Mérillon, Bourneville, Treille, Gadaud, Compayré, Thomson, Michou, Aujame, Simonnet, Lechevallier, Beauquier, Viellard, Bourgeois (Jura), Viger, Ordinaire, Laroche-Joubert, Gaillard (Puy-de-Dôme), Jules Gros, Levrey, Marquiset, Lasserre, Trouard-Riolle, Bovier-Lapierre, de Mahy, Thévenet, Maurice Faure, Ducher (Ain), Victor Poupin, Pradon, Reybert, Magnien, Simyan, Belle, députés.

© BIU Santé

les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, par un règlement d'administration publique, le Conseil national de la santé publique consulté. Le nombre des membres de ces commissions est de neuf au moins et de quinze au plus. Ils sont nommés par le Préfet. Le Conseil départemental fait fonction de commission pour la circonscription où il siège.

Art. 14.— Chaque Conseil ou Commision de la santé publique a, y compris les membres de droit, la moitié au moins de ses membres pris parmi les médecins, et comprend au moins un ingénieur, un architecte, un pharmacien ou chimiste, un vétérinaire.

Art. 15. — Font partie de droit des Conseils départementaux de la santé publique : 1° le médecin en chef, ou, à son défaut, le médecin le plus ancien de l'hôpital principal; 2° le professeur d'hygiène de la Faculté ou Ecole de médecine, s'il en existe; 3° le médecin militaire, en service actif, du grade le plus élevé; 4° l'ingénieur en chef des mines du service ordinaire, ou, à son défaut, l'ingénieur ordinaire; 5° l'ingénieur en chef des ponts et chaussées du service sanitaire; 6° le procureur de la République; 7° le maire du chef-lieu où siège le Conseil; 8° un membre du Conseil général du département, élu par ses collègues; 9° l'inspecteur départemental de la santé publique.

§ 3. — *Du bureau des Conseils et Commissions de la santé publique, de la durée du mandat des membres et de la tenue des séances.*

Art. 16. — Les Conseils départementaux de la santé publique sont présidés par le Préfet. Les Commissions sont présidées par le maire du chef lieu où elles siègent.

Art. 17. — Les Conseils et Commissions de la santé publique élisent un vice-président et un secrétaire, choisis parmi les membres, et renouvelables tous les trois ans. En l'absence du président de droit, le vice-président élu occupe la présidence.

Art. 18. — Les Conseils départementaux de la santé publique se réunissent régulièrement tous les mois. Les Commissions de la santé publique se réunissent au moins une fois par trimestre.

Art. 19. — Des réunions extraordinaires des Conseils et Commissions peuvent avoir lieu, sur convocation de l'Administration, ou lorsqu'il en a été fait la demande par le vice-président et la moitié plus un des membres.

Art. 20. — Les membres du Conseil national et des Conseils et Commissions sont nommés pour neuf ans; ils sont indéfiniment rééligibles.

Art. 21. — Divers fonctionnaires désignés par le ministre ou les préfets peuvent être appelés à siéger dans les Conseils et les Commissions avec voix consultative; il en sera de même de toutes personnes dont la compétence, dans une question à l'étude, serait spécialement reconnue.

§ 4. — *Des dépenses des Conseils et Commissions de la santé publique.*

Art. 22. — Les dépenses du Conseil national, des Conseils et Commissions de la santé publique comprennent : 1° Des jetons de présence pour chaque membre et pour chaque séance; 2° Des allocations diverses pour déplacements, expertises et études diverses; 3° Des frais de bibliothèque, d'impression et de publication. La valeur des jetons de présence et le tarif des allocations portées au paragraphe 2 sont déterminés par un règlement d'administration publique.

§ 5. — *Des attributions des Conseils et Commissions de la santé publique.*

Art. 23. — Le Conseil national, les Conseils et Commissions de la santé publique sont chargés de l'examen des questions concernant l'hygiène publique et la salubrité, notamment de celles qui sont spécifiées à l'article 1er de la présente loi.

Art. 24. — Le Conseil national de la santé publique est consulté sur les modifications proposées aux lois concernant la santé publique. Les Conseils départementaux sont chargés de centraliser et de coordonner les travaux des Commissions de leurs départements respectifs. Chacun d'eux fera annuellement un rapport sur ces travaux et sur ceux qu'il aura lui-même effectués. Ce rapport sera publié; il sera transmis par le préfet, avec toutes les pièces à l'appui, au ministre, pour être soumis à l'examen du Conseil national de la santé publique.

Art. 25. — Le droit d'initiative appartient au Conseil national, aux Conseils départementaux et aux Commissions de la santé publique, sur toutes les questions rentrant dans les attributions spécifiées dans l'article 1er de la présente loi. Leur avis doit être demandé sur toutes ces questions, et, en cas d'urgence, sur convocation spéciale.

Art. 26. — Le Conseil national de la santé publique est chargé de veiller, sous l'autorité du ministre, à l'uniformité de l'application de la présente loi et des règlements y relatifs. Il adresse chaque année au ministre un rapport d'ensemble sur l'application de la loi et sur le fonctionnement des Conseils, des Commissions et des services d'inspection de la santé publique. Ce rapport est transmis au Parlement.

TITRE V. — *De l'exécution des mesures d'hygiène et de salubrité, et du budget de la santé publique.*

Art. 27. — Les délibérations du Conseil national, des Conseils et des Commissions de la santé publique, sont immédiatement transmises à l'administration compétente, laquelle fait connaître, dans le plus bref délai, la suite qui leur a été donnée. Les décisions intervenues de la part de l'administration compétente sont, sauf le cas d'urgence, notifiées dans le délai de huit jours aux personnes intéressées. Celles-ci ont alors un délai qui ne peut excéder un mois pour introduire un recours contre la décision, soit auprès de l'administration préfectorale, soit auprès du pouvoir judiciaire, suivant les dispositions des lois applicables dans l'espèce. Ce recours est suspensif, sauf le cas d'urgence. En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas de maladie transmissible ou d'épidémie, et lorsque les délibérations des Conseils et Commissions de la santé publique intéressent la salubrité immédiate d'une habitation, elles sont immédiatement soumises à la ratification du maire de la commune dans laquelle ces décisions doivent être appliquées, elles sont portées sans retard à la connaissance du préfet et sont immédiatement exécutoires, même en cas de recours.

Art. 28. — Le budget de la santé publique dans un département, comprenant les dépenses des Conseils et Commissions, est établi chaque année par le préfet, avec le concours du Conseil départemental de la santé publique. Il est soumis à l'approbation du ministre compétent. Les dépenses qu'il comporte sont supportées pour moitié par l'Etat et pour l'autre moitié par le département, à titre de dépenses obligatoires.

Art. 29. — Les traitements et allocations diverses accordées aux agents du service d'inspection de la santé publique sont à la charge de l'Etat et des départements, suivant une proportion déterminée annuellement par la loi de finances. La part incombant aux départements constitue pour eux une dépense obligatoire.

TITRE VI. — *Dispositions spéciales au département de la Seine.*

Art. 30. — En ce qui concerne le département de la Seine, il est institué, auprès de la Préfecture de police, un Conseil départemental de la santé publique comprenant 23 membres nommés par le Préfet de police. Sont, en outre, membres de droit : 1° Le secrétaire général de la Préfecture de police; 2° Le directeur des travaux de la ville de Paris; 3° Le chef de la deuxième division de la Préfecture de police; 4° Le chef du bureau de la police sanitaire à la Préfecture de police; 5° Le doyen de la Faculté de médecine de Paris; 6° et 7° Les professeurs d'hygiène et de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris; 8° L'Inspecteur général du service de santé des armées; 9° L'Ingénieur en chef des ponts-et-chaussées du département; 10° L'Ingénieur en chef des mines à Paris; 11° Le Directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie; 12° L'architecte en chef de la Préfecture de police; 13° Le chef du service vétérinaire sanitaire du département de la Seine; 14° et 15° Deux membres du Conseil général, désignés par leurs collègues. Ce Conseil est présidé par le Préfet de police.

Art. 31. — Toutes les autres dispositions qui précèdent sont applicables au Conseil départemental de la santé publique de la Seine, ainsi qu'aux Commissions de la santé publique instituées dans ce département.

© BIU Santé

TITRE VII. — *Du laboratoire auprès de la direction de l'administration de la santé publique.*

Art. 32. — Un laboratoire est créé auprès de la direction de l'administration de la santé publique, afin de poursuivre l'étude des maladies endémiques, épidémiques ou transmissibles et de faire toutes les recherches scientifiques nécessaires pour l'examen des questions qui rentrent dans les attributions de l'administration de la santé publique.

Art. 33. — Ce laboratoire est placé sous le contrôle et la surveillance du Conseil national de la santé publique.

TITRE VIII. — *Dispositions générales.*

Art. 34. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies. Elle sera exécutoire dans un délai d'un an à partir de sa promulgation. Les détails d'application en seront déterminés, dans un délai de six mois, par un règlement d'administration publique.

VARIA

Le concours des médecins aliénistes des hôpitaux.

Les irrégularités commises dans le tirage du jury de ce concours ont été signalées par M. Bourneville à la Commission de surveillance des asiles dans la séance du 8 juillet. Il a été reconnu par la Commission et par l'Administration préfectorale que c'était à tort que le nom de M. le Dr Vallon avait été mis dans l'urne. Les noms des médecins des asiles ne doivent y être déposés que si ces médecins sont chefs de service DEPUIS CINQ ANS. C'est ce qui ressort nettement de l'article 5 de l'arrêté du 9 juillet 1880.

En second lieu, il est ressorti de la discussion que l'irrégularité commise est le fait de l'Assistance publique. La Préfecture de la Seine, sur la demande de l'Assistance publique, lui a transmis la liste des médecins des asiles ; l'Assistance, représentée au tirage du jury par M. Brelet, secrétaire général, et M. Grou, chef de bureau, a complètement omis de relire les arrêtés relatifs à ce concours et qui ont été élaborés par elle et par son Conseil de surveillance.

Ce fait, joint aux autres irrégularités que nous avons énumérées, montre qu'il est indispensable que la surveillance la plus rigoureuse soit exercée sur l'opération du tirage au sort des jurys des concours.

Le service militaire des étudiants.

Le conseil général des Facultés de Paris, a présenté le 10 mai 1886 au ministre de l'Instruction publique le projet suivant, relatif au service militaire des étudiants : Le conseil général des Facultés de Paris au moment où un projet de loi sur le recrutement va être soumis au Parlement croit qu'il est de son devoir d'examiner les effets que le service militaire de trois ans aurait sur les hautes études dans les Facultés et écoles qu'il représente. Il n'entend en aucune façon, se faire le défenseur d'un privilège ; il estime, au contraire, que le principe d'égalité exige que tous les étudiants reçoivent l'instruction militaire, soient compris dans les contingents et prennent place sous les drapeaux en temps de guerre.

Il est d'autant moins disposé à réclamer pour aucun ordre d'étudiants une exemption de service militaire qu'il sait que les jeunes gens qui ont reçu la haute culture intellectuelle sont tout particulièrement obligés envers le pays.

Le conseil général considère, d'autre part, que si l'Etat a institué des Facultés, s'il a fait, dans les dernières années, de grands sacrifices pour les doter de tous les moyens de travail, c'est afin, soit de recruter des professions et des services indispensables au public, soit d'assurer le progrès de la science qui n'est pas seulement une gloire traditionnelle de la France, mais qui est indispensable à sa prospérité, à sa sécurité.

Examinant l'un après l'autre les divers ordres d'études dont les intérêts lui sont confiés, il constate que, pour aucun d'eux, la durée de la scolarité ne peut être inférieure à cinq années et qu'elle est supérieure pour les jeunes gens qui se présentent au concours de l'Internat et des diverses Agrégations, c'est-à-dire pour l'élite des étudiants. Le conseil a la certitude que si trois années de service militaire s'ajoutent aux années d'études et s'il arrive ainsi que les études ne puissent êtres terminées que vers la trentienne année, il s'ensuivra une désertion des hautes écoles et, par conséquent, des professions et services auxquels elles préparent ; ou bien la nécessité d'abaisser les exigences des examens, au point de sacrifier les garanties les plus nécessaires de savoir et d'expérience.

En conséquence : Considérant qu'il s'agit de concilier les besoins de défense nationale avec ceux de la haute culture et d'assurer le service de l'Etat tout à la fois dans l'armée et dans les services ou professions d'intérêt public ; Considérant que, même en dehors de tout service ou profession, les études qui préparent des savants dans tous les ordres de connaissances sont de nécessité nationale en un temps où la concurrence entre les nations exige que chaque peuple fortifie son génie propre et défende ses intérêts moraux et matériels, convaincu que toute mesure qui compromettrait les hautes études mettrait immédiatement la France en état d'infériorité à l'égard d'autres pays, où l'on a su accorder les exigences les plus rigoureuses du service militaire avec les nécessités de la culture intellectuelle.

Le Conseil général émet le vœu : que les étudiants immatriculés lors de l'appel de leur classe dans une des cinq Facultés ou a l'Ecole supérieure de pharmacie, soient admis, après une année de service, à demander un sursis pour les deux dernières années, s'ils fournissent les garanties d'instruction militaire, exigées par le ministère de la guerre. Qu'ils ne soient pas cependant dispensés sans conditions du service actif, et que des mesures soient prises afin que les jeunes gens à qui seront données des facilités pour leurs études non dans leur intérêt mais dans l'intérêt de l'Etat et du public, fassent effectivement ces études. Qu'à cet effet, ils présentent à l'issue de chacune des deux années à l'autorité militaire, un certificat constatant qu'ils ont suivi régulièrement et avec profit l'enseignement d'une des Facultés ou Ecole.

Qu'un décret, délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique ou en Conseil d'Etat, détermine en ce qui concerne chacune des Facultés ou Ecoles, les conditions nécessaires pour l'obtention du certificat. Que les étudiants qui n'auront pas satisfait aux conditions exigées soient reversés dans l'armée active pour y faire leur temps de service.

Que, pour assurer, au cours du sursis conditionnel, leur éducation militaire, et afin qu'ils ne perdent pas de vue leurs devoirs de soldats, les étudiants soient astreints à des exercices militaires ou a des périodes de services placées pendant les vacances universitaires.

Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Nancy.

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra, comme nous l'avons déjà dit, sa séance annuelle le 12 août, à Nancy. Pour se reposer de leurs travaux, les membres du Congrès pourront, non seulement, visiter les environs de Nancy, ainsi que les montagnes des Vosges, mais encore pénétrer dans les usines les plus intéressantes du pays. Le comité des excursions s'est arrêté aux trois suivantes : 14 août, visite de Toul ; de là, en bateau en vapeur, à Pont-Saint-Vincent, et en chemin de fer à Tantouville, une journée. — 17 août, excursion au Donon, aller par Raon-l'Etape et la vallée de Celles, retour par Moussey, Senones et Etival, une journée. — 20, 21 et 22 août, excursion finale de trois jours ; Saint-Dié, Gérardemer, La Schlucht la Bresse, Remiremont, Bussang et Ballon-d'Alsace. Les autres excursions, à Vittel, Contrexeville, Pont-à-Mousson, Pompey, etc., se feront en une demi-journée, l'après-midi, le matin étant consacré aux séances de sections.

Comme dans les sessions précédentes, un certain nombre de savants étrangers ont fait connaître leur intention d'assister au Congrès de Nancy. Nous pouvons déjà indiquer ceux qui ont répondu favorablement à l'invitation qui leur a été adressée : M. Ballester de O'Campo, inspecteur des forêts (Madrid) ; M. Betocchi, inspecteur du génie civil, ministère des travaux publics, à Rome ; M. Busini, directeur de l'office central de météorologie (Rome) ; M. Catalan, professeur d'analyse à l'Université de Liège ; M. Cerruti, professeur de mécanique à l'Université royale de Rome ; M. Cossa, professeur de chimie à l'école des ingénieurs (Turin) ; M. Crocq, sénateur, professeur à l'Université de Bruxelles ; M. Franchimont, professeur de chimie à l'Université de Leyde ; M. Gosse, professeur à la Faculté de médecine de Genève ; M. Grinwis, professeur de physique à l'Université d'Utrecht ; M. Henry, professeur de chimie à l'Université de Louvain ; M. le Dr Kuborn, Président de la société de médecine publique (Seraing-lès-Liège) ; M. Llaurado, ingénieur en chef des forêts (Madrid) ; Dr Lourenço, professeur de chimie à l'Ecole polytechnique de Lisbonne ; prof. Malaise, membre de l'Académie royale de Belgique, à Gembloux (Belgique) ; Dr Masius, professeur à l'Université de Liège ; M. Mensbrugghe (Van der), professeur de physique, à l'Université, à Gand ; M. le Dr Pacchiotti, sénateur, professeur à la Faculté de médecine de Turin ; M. Ragona, directeur de l'Observatoire royal de Modène (Italie) ; M. Neuberg, professeur de mathématiques à l'Université de Liège ; M. Rindi, professeur de mathématiques au lycée de Pesaro (Italie) ; M. Venukoff, major-général russe, géographie (Paris) ; M. Vilanova Piera, professeur de paléontologie à l'Université de Madrid ; M. de Vry, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, professeur de chimie à la Haye ; M. Zenger, professeur à l'Ecole polytechnique de météorologie (Prague).

© BIU Santé

La Rage.

Nous avons trouvé dans le « Wratsch » du 26 *décembre* (7 janvier) quelques détails sur l'histoire des paysans russes mordus, l'année dernière, par un loup enragé.

Dans le village Koulakovitzi, un chien enragé a mordu un porc. Le propriétaire de celui-ci, au lieu de le tuer, l'a conduit en forêt et l'a attaché à un arbre. Le lendemain, il n'est resté de cet animal que des os. Il faut croire que le porc a été mangé par un loup... Quoiqu'il en soit, quelques jours après, un loup enragé a mordu 20 hommes et beaucoup d'animaux domestiques. Les autorités intervinrent et 7 malades seulement ont été placés à l'hôpital du district... En même temps, le Dr Stezki envoie une lettre à M. Pasteur en demandant un conseil. Cinq jours après arrive de Paris une dépêche suivie d'une lettre dans lesquelles M. Pasteur désire qu'on amène les malades chez lui, à ses propres frais. M. Stezki se décide de suite à se rendre à Paris avec 5 malades. Mais voilà où intervient le formalisme administratif russe dont la lenteur est dans ce cas encore plus terrible que la morsure d'un loup enragé : pour mander les passe-ports, il fallut faire des démarches *pendant cinq semaines*... Pendant cette besogne, l'un des malades est mort avec tous les phénomènes de la rage... D'autre part, le voyage, bien entendu, n'a pas eu lieu : M. Pasteur a trouvé que c'était trop tard. J. R.

Nous empruntons le fait suivant au *Journal de médecine de Paris* (4 juillet) et nous le publions à titre de document.

« L'enfant Elvina Lagut, âgée de 11 ans, fut mordue à la Chassagne (Jura), le 27 avril dernier. Elle fut amenée au laboratoire de l'École normale, neuf jours après. Pendant les quinze jours qu'elle passa à Paris, elle suivit le traitement réglementaire avec la plus grande régularité et reçut les dix bouillons progressifs. Elle fut *déclarée guérie* et renvoyée dans sa famille.

« Le 13 juin, cette enfant présenta les premiers signes de la rage et refusa toute nourriture. Elle présenta successivement tous les symptômes et mourut le 17 juin après avoir eu des accès d'une extrême violence. »

L'assainissement de la Seine.

La Commission de l'*assainissement de la Seine* a nommé M. Bourneville rapporteur, avec mandat de conclure à l'adoption du projet du gouvernement. Toutefois elle a adopté à l'unanimité un amendement de MM. Laur et Périllier, qui transforme ainsi l'article 4 du projet :

« Dans les terrains concédés, la Ville de Paris ne pourra répandre ses eaux que sur les parties du sol mises en culture, sans préjudice de l'utilisation sur d'autres points par elle-même ou par concessionnaires, au moyen des traitements chimiques ou d'un canal dans la direction de la mer ou de toute autre façon.

« Elle ne pourra, pour la culture, répandre sur le sol qu'un maximum de 40,000 mètres cubes d'eau par hectare et par an.

« Le tout sous la surveillance de ses agents, sans former de mare stagnante, ni opérer de déversement d'eaux d'égout non épurées en Seine, dans la traversée du département de Seine-et-Oise, sauf les cas de force majeure.

« L'exécution de ces prescriptions et la limite de saturation des terres seront contrôlées par une commission permanente de quatre experts nommés, l'un par le ministre de l'agriculture, un autre par le Conseil général de la Seine, un troisième par le Conseil général de Seine-et-Oise et le quatrième par le ministre des finances.

« Ces experts adresseront un rapport annuel aux ministres de l'agriculture et des finances. »

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

ADVIS A MESSIEURS LES GOUVERNEURS DE L'HOSTEL-DIEU SUR LES DÉSORDRES DES RELIGIEUSES EN 1634, PAR UN MALADE.

Cette lettre écrite par un homme d'une instruction véritablement supérieure, mais essentiellement imbu des idées chrétiennes qu'il met en avant comme contraste avec le sans-façon des religieux et des religieuses de son époque est une pièce fort curieuse qui montre que même sous une période de catholicisme effréné, les plus fervents avaient le courage de leur opinion et dévoilaient fermement les abus de certains membres du clergé hospitalier :

Advis à Monseigneur le premier Président et Messieurs les Gouverneurs et Administrateurs du grand Hostel-Dieu de Paris. — Messieurs, la misère des hommes donne subject à la bonté de Dieu d'exercer sa miséricorde sur eux. Les plus facheux et soudains accidens font esclater sa Providence lorsque dans les plus grands malheurs il leur donne des moyens pour les évitter auparavant qu'ilz en soient accueillis ou pour les surmonter quand ilz en sont accablez. Ses playes sont amoureuses et assaisonnées de telle façon, que dans leur amertume on y peut trouver de la douceur : Il ne blesse que pour guérir. Il n'habandonne jamais la qualité de père pour prendre celle d'ennemy. Il ne veult point la mort ny la perte de ses créatures, l'estre qu'il leur a donné estant une de ses plus grandes faveurs l'oblige en quelque façon à veiller à leur conservation.

C'est ce que j'ay remarqué souverainement depuis six mois en un pays esloigné, avec si peu de comodité que la *maison de Dieu de Paris* fut ma retraitte. La j'ay trouvé des religieuses qui m'ont receu avec une charité plus que chrestienne accompagnée de tant de tesmoignages d'affection qu'elles n'en eussent sceu rendre de plus obligeantes à leurs plus proches, ny de plus exactes à des personnes à qui elles eussent esté redebvables de grandes faveurs. J'ay rencontray dans leur assistance le secours d'une mère envers son filz, d'une âme fidelle envers son amy, enfin toutes *mes disgrâces ont esté essuyées par leur bon service*, et leur mérite et vertu a tellement ravy les sentiments de mon âme, que j'aurois regret de n'avoir pas esté malade pour ne pas expérimenter dans mon infortune les *effets de leur excessive charité*.

Comme la fièvre se relaschant un peu donna la liberté à mon esprit de former des pensées plus saines et raisonnables qu'à l'ordinaire je levé les yeux au ciel, suppliant la divine majesté de *récompenser les âmes sainctes de tous leurs travaux qu'elles prenoient pour une personne inutille*, et qui devoit payer tant de services avec de simples remerciements qui sont la monnoye des misérables à qui la fortune n'a laissé que la bonne volonté qu'elle ne peut ravir qu'aux ingrats, vice que j'ay tousiours hay plus que la mort, aussi est ce le tombeau de toutes sortes de vertus.

M'entretenans de ces pensées, j'aperçeus une ancienne religieuse auprès de mon lit, qui est à mon advis des plus officieuses ; je la reverois comme mon ange tutélaire, d'autant qu'elle se rendoit plus subjette à me servir, y estant conviée par la grandeur de mon mal seulement, car l'assiduité qu'elles rendent auprès d'un malade se mesure à l'excès de sa misère, et elles réservent leurs plus grandes caresses pour ceux qui sont les plus proches de la mort, aussi estois-je en un extresme danger, les médecins le jugeoient ainsi par les apparances et moy par les ressentiments de mes extrêmes douleurs.

Elle me dist qu'il ne falloit pas m'amuser à songer au peu de services qu'elle me rendoit, mais *bien à Dieu*, qui estoit l'auteur de tous les biens que je recevois, duquel elle attendoit la récompense, tous les hommes du monde n'estant pas capables de donner le prix et le loyer de la moindre action de charité ; que l'amour de Dieu qui estoit le motif du service qu'elle rendoit à ses créatures, rehaussoit le mérite de son travail jusqu'à luy en faire espérer des couronnes dans le ciel, que j'eusse grande confiance en sa divine bonté, laquelle pouvoit me rapeller des portes de la mort, tourner toutes les ardeurs de ma fièbvre en rafraichissement, et tirer de ma maladye une ferme santé.

Après elle se retira et me laissa seul avec mon mal, et des inquiétudes incroyables qui accompagnent tousiours les grandes maladyes. Je demeuré tout un long temps dans cette solitude avec des altérations que l'on ne peut pas dire sans les avoir souffertes, et qu'on ne peut souffrir sans s'en plaindre. C'est ce que je faisois, ne me pouvant secourir moy mesme à cause de ma faiblesse. Je n'avois que les yeux et la langue qui me peussent servir, des uns je regardois, de l'autre *j'eusse bien appelé si quelque religieuse se fust présentée devantmoy*.

Enfin dans cet extresme tourment, j'entrevis passer une religieuse qui *me regarda sans me voir*, qui allait de lict en lict *par forme de pourmenade*, comme il me sembloit, *plus tost pour considérer les malades que pour les assister*. Si elle faisoit quelque chose, *ce n'estoit que du bout des doigts*, et tous eussiez dit *qu'elle avoit l'esprit autre part*, tant elle estoit *distraitte* et sans arrest, ce qui me fist former un jugement *qu'il y avoit deux sortes de religieuses dans cette communaulté*.

Je resvois de la façon quand cette ancienne religieuse passant auprès de mon lict me demanda si je n'avois besoin de rien, à quoy tirant un souspir de mon cœur je respondis, que si elle eust encor un peu tardé, ceste extresme ardeur m'eust délivré de tous maux, et elle des incommoditez que je lui donnois. Je luy dis comme j'avois esté habandonné, et qu'une de ses sœurs avoit bien passé, mais plus viste qu'un esclair, que je croyois qu'elle n'avoit la charité que dans les yeux, puisqu'elle avoit veu quantité de misérables, sans en secourir pas un.

Alors elle frappa sa poictrine et dit, *Nous ne serons doresnavant hospitalières que de nous. Nous n'aurons plus les mains de Marthe, j'ay peur que voulant devenir Magdelaines par contemplation, nous ne demeurions pécheresses dans l'abandon de nostre Institut.* Les bonnes œuvres sont couronnées au ciel, et non pas en *délaissant les malades;* que Dieu *veut estre servis comme luy mesme, ainsi que nous en avons faict le vœu.*

En parlant, elle me servoit sans émotion d'esprit, et quand et quant me délivra de l'aprehention que j'avois d'estre encore dé-

© BIU Santé

laissé par la promesse qu'elle me fist de prendre un soin particulier de mes misères, je la conjure la larme à l'œil de le vouloir faire, pour l'amour de celuy qu'elle servoit en la personne des affligez.

Me remettant en l'esprit les paroles de cette religieuse, je conjecturé qu'il y avoit quelque désordre en leur maison, *que toutes n'aymoient point esgallement le travail et n'avoient pas l'esprit de mesme trempe*. Ces mots de Marthe et de Magdelaine me donnèrent des lumières assez puissantes pour connoistre *qu'il y en avoit qui cherchoient leur contentement plustost auprès d'une image du crucifix qu'au pied du lict d'un malade*, qui toutesfois est la vraye représentation de Jésus Christ souffrant. Je l'avois apperçu en cette religieuse qui avoit parcouru l'Hostel-Dieu sans y arrester, comme n'y ayant point l'esprit, ce qui me fist prendre résolution sans faire semblant de rien de contenter ma curiosité, et de faire une exacte recherche de ce qui se passoit dans cette maison.

Je sceus de prime abord par bruit commun qu'il y avoit un nouveau Maistre depuis sept ou huict mois, qui n'ignoroit rien de la dévotion du temps, qui scavoit la vertu de ce mot de réforme, et qui estoit de ses esprits particuliers qui dans l'abondance de leurs sens *se laissent emporter à des nouveautez qu'ils establissent pour paroistre dévots en détruisant ce qui est de l'ancienne sainteté* ; Ilz enseignent *ce qu'ils ne sçavent pas*, et à grand peine ayant mis le pied dans une maison, ilz se persuadent que d'un seul clin d'œil, ilz ont remarqué tous les deffauts qui y peuvent estre, lesquelz ils condamnent bien souvant sans raison, parce que pour l'ordinaire leurs desseings ne sont fondez que dans un caprice et un désir violent de se montrer comme saincts par la descouverte des imperfections d'autruy

C'est le déreiglement du siècle où nous sommes, la correction d'autruy c'est nostre bonté, pourveu qu'avec quelque prétexte nous puissions accuser les autres, nous sommes innocens, nous accusons de bestise et d'impiété ou de trop de simplicité ceux qui nous ont précédé dans les charges que nous remplissons avec moins de mérite que de présomption. Nous faisons les illuminez dans les ténèbres, nous employons le temps en grandes méditations, sans scavoir ce qu'il faut demander à Dieu par noz prières. Nous quittons les œuvres de miséricorde pour demeurer oyseux, les bras croisés avec des considérations imaginaires. Enfin, *il est trop constant qu'il ne faut plus travailler pour estre sainct*. L'oysiveté est ce qu'elle n'a jamais esté, la mère des vertus, l'*ouvrage déplaist aux moines*, et, *j'ay peur que les Religieuses n'en soient bien tost dégoustées*.

N'est-ce pas un dévoyement de l'esprit, de commander dans un Hostel Dieu que les Religieuses facent de grandes oraisons mentales sans rien rabattre de leurs exercices, cependant que Jésus-Christ meurt de disette et de nécessité en la personne d'un pauvre qui manque d'estre assisté. Les oraisons des âmes qui ont leurs vœux dans la pratique de la charité, doivent estre toutes amoureuses et pleines de soupirs qui ne peuvent estre longs que dans leur redoublement. O que ce feu exhalle un parfum agréable à la divine Majesté, quand dans chasque rencontre, par un eslèvement d'esprit, nous trouvons Jésus-Christ dans le ciel en touchant ces membres affligez sur la terre.

Ces âmes sont trop scavantes lors qu'à travers la misère des hômes accablez de pauvreté et affligez de quelque griefve maladie, elles reconnoissent la personne de Jésus-Christ ; par l'exemple lorsqu'un malade pantelant de soif qui luy est causée par une fièvre violente leur demande instamment à boire, ne peuvent-elles pas penser sans dire mot que leur sauveur a une soif plus grande de leur salut, leur promettant des eaux qui rejailliront en la vie éternelle, pour estancher les ardans désirs qu'elles ont de l'éternité, ainsi en donnant d'une main, elles prennent d'une autre, elles se rasasient en donnant à boire à autruy. Un corps rongé de pourriture leur imprimera puissamment la laideur du péché, puisque c'est un effect de sa malice. La perfection consiste à n'offenser jamais Dieu. Le préservatif contre ce venin, c'est se souvenir des choses dernières, estans tousiours auprès des malades, elles ne les peuvent oublier, et partout elles ne sont point en si grande asseurance dans leur couvent, comme en la compagnie des affligez.

On s'est encore imaginé qu'il falloit au noviciat autre que l'ordinaire qui estoit que chaque ancienne Religieuse avoit en sa compagnée deux novices, des actions desquelles elle estoit responsable, et obligée par son exemple de les faire exercer dans les actions de charité, faire raport à la mère supérieure et autres de leurs mœurs, avoir l'œil sur leurs déportements, afin que dans la conduite de leur vie rien ne se passast contraire à la gloire de Dieu, à leur advancement spirituel et soulagement des affligez qui sont l'object de leur quatriesme vœu.

On remet maintenant une grande quantité de novices soubz la conduitte de deux qui les tiennent enfermées dans le couvent, *qui ne leur permettent presque point d'entrer dans la salle des malades, si ce n'est à heures quasi induës*, et lorsque les anciennes ont faict le plus grand travail.

Voilà le moyen d'enseigner la feneantise à la jeunesse, dacabler les anciennes de fatigue, et soubz prétexte de longues oraisons, *faire de bonnes actions par abrégé*, et cependant le Sauveur du monde languit dans le lict des affligez.

On dit que dans ces grandes retraittes on leur apprend les cas de conscience, le redressement en serait meilleur. Il vaudroit mieux leur enseigner à bien faire pour manquer de matière en confession par innocence, *que de les rendre criminelles par la connaissance du vice* qui donne tousiours de l'appétit à ceux qui le scavent. Ces confessions étudiées sont pour l'ordinaire plaines de cajoleries, d'affetterie et d'ypocrisie et si j'osais dire d'impiété. La plus grande confession qu'on peut tesmoigner en ce rencontre est une grande marque de douleur, la quelle ne garde point d'ordre, mais suit les mouvements intérieurs d'une âme repentie.

Je ne m'estonne pas si maintenant elles sont plus dans un confessionnal qu'auprès d'un mourant. Elles satisfont en ce lieu à leur humeur qui ne manque pas jamais de *caquet*, la piété qui par le long temps s'esvente et ne fust jamais véritable ; l'esprit à ses complaisances aussi bien que la chair, et le vice est plus grand en l'un qu'en l'autre, encore qu'il n'y aye point tant de salleté ; les péchez y sont plus soudains et plus fréquens parce qu'ilz sont moins perceptibles, en quoy ils sont plus dangereux.

De là arrive la division dans les esprits, les monopoles, les *assemblées secrettes des Religieuses les unes contre les autres ;* les jeunes ne veullent obéir ny porter respect *qu'à deux qui sont exemptes de bien faire et enseignent à celles qui sont à leur charge d'en faire moins*, car elles prennent au point d'honneur si quelque autre des mères les supplient de les ayder, et se renferment incontinent dans le cloistre pour vacquer à des exercices qui les retiennent du service des malades. Cela tend à ce que vous, messieurs les gouverneurs dudict Hostel Dieu *soyez obligez à diviser en deux cette bande d'hospitalières*, dont les unes ne feront que lever les yeux et les mains au ciel, cependant que les autres *sueront dans le travail de la charité*, de sorte qu'on ne se soucie guère maintenant de soulager les malades, pourveu qu'on soit dans le couvent jusqu'à dix heures du soir en méditations et conférences spirituelles, *où le directeur se trouve bien souvent*. Je ne veux rien dire de l'heure ny du temps, par ce que je veux croire que les exhortations qu'il fait pour lors *leur servent de lumière pour esclairer les ténèbres, et sa présence réveille les esprits les plus endormis*.

Vous scaurez aussy qu'on empesche les Religieuses d'aller assister les malades qui sont à la Ville, qui est rendre leur charité manchote et leur employ défectueux ; tous les malades ne peuvent pas estre dans l'Hostel Dieu. Il y en a que les biens de fortune, leur naissance et condition ne permettent d'aborder en ce lieu, qui néantmoins sont bien aises d'avoir des âmes saincte et religieuses qui les assistent, parce qu'outre l'image de la vertu qu reluit en leurs visages et leurs habits. Ils ont opinion et il est véritable qu'elles ont des connoissances particulières pour le gouvernement des affligez. Ce service fait couler de grands biens dans la maison, car ces personnes ne sont jamais ingrattes de la faveur qu'on leur fait, leurs testaments en font foy et leurs aumosnes en donnent des preuves et des témoignages trop manifestes, contre tous ceulx qui le voudroient contester.

J'estime la condition des filles et des Religieuses misérable quand leur directeur ou gouverneur est ombrageux, elles sont obligées de panser au mal qu'il feroit s'il estoit en leur place et dans cette resverie avoir ou mauvaise opinion de luy ou s'imaginer qu'il ne l'a pas trop bonne de leur vertu. L'un et l'autre engendre le mépris, et je ne scay quelle aversion de confier le secret de leurs amis à des esprits si coquilleux, qui prendront droit de réforme dans les confessions et sans en accuser pas une en particulier, les rendront toutes subjettes à reproche.

On ne leur veut pas permettre après de grandes maladyes pour se fortifiier d'aller prendre l'air dans les maisons qui leur appartiennent aux fauxbourgs de Paris. C'est user trop de rigueur ; la vertu qui est dans la contrainte ne mérite point de récompense et l'esprit humain pour faire une bonne action doit estre libre. C'est pourquoy il n'est pas hors de propos de donner quelquefois une liberté honeste avec leurs semblables, l'esprit ne peut pas tousiours estre occupé sérieusement non plus que le corps, comme la nuict succède au jour. Il y a des plaisirs innocens et des récréations permises qui servent à vous dégourdir et peuvent vous divertir des plus saints exercices.

Toute cette réforme, reiglement ou restablissement de régularité s'introduit sous main par un personnage de haute intelligence qui a aprins depuis à dire le bréviaire par le moyen du maistre des enfants de chœur dudict Hostel Dieu, comme il vous a déclaré luy mesme. Il a pensé sans vostre faveur estre mal recogneu de sa peine, car son disciple luy avait dressé son congé. C'est une ruse pratiquée par les nouveaux venus de chasser les anciens, afin de

© BIU Santé

s'acquérir de l'authorité sur ceux qu'ils introduisent en leur place; ainsi pour faire bien à un ils s'acquierent plusieurs ennemis.

C'est ce qui a donné suject à ce nouveau maistre (1) de quitter pour le repas la Compagnie de la Communauté. Il a peur d'estre empoisonné. Le prétexte n'en serait pas mauvais (2) si l'on ne voyoit point que c'est pour avoir le moyen de nourrir trois valets, une vieille femme qui est sa mère, accompagnée d'une servante qui a un petit enfant. Tant de monde ne pouvoit pas vivre dans la communauté. C'est assez de représenter la qualité des personnes. Chacun en estimera ce qu'il luy plaira.

Enfin, Messieurs, vous scavez qu'il veult estre souverain et qu'il n'estime pas que la qualité de maistre puisse subsister sans cette puissance. Il veut avoir le livre de la despence, entreprendre sur voz droitcts et vous réformer dans l'administration que vous avez du temporel, afin qu'il commande avec une auctorité absolue dans ce lieu sainct où rien ne se doit faire sans vostre adveu et qui ne soit à l'avantage des pauvres. C'est de quoy vous aviez esté suppliez par une requeste, laquelle reçoit seulement un peu d'explication par cet advis que je veux pas estendre plus au long par ce que votre prudence accoustumée suppleira tout ce que j'oublie à dessein. *Liasse* 875.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 12. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Baillon, Gay, Pouchet; — 2e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Blanchard, à 1 heure. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Desplats, Blanchard ; — 3e *Série* : MM. Bouchardat, Gay, Hanriot. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Marc Sée, Polaillon, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Le Dentu, Farabeuf, Remy. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Damaschino, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Tarnier, Segond.

MARDI 13. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Bourgoin, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Desplats, Bouchardat, Blanchard; — 3e *Série* : MM. Gautier, Gay, Hanriot, à 1 heure. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gariel, Lutz, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Desplats, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Richet, Laboulbène, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Grancher, Richelot, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Duplay, Panas, Peyrot. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Brouardel, Bouchard, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Polaillon, Campenon ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Raymond;—2e *Série* : MM. Peter, Ball, Debove.

JEUDI 15. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Baillon, Bouchardat, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Lutz, Hanriot ; — 3e *Série* : MM. Gautier, Gay, Blanchard, à 1 heure. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Vulpian, Polaillon, Debove; — 2e *Série* : MM. Grancher, Richelot, Humbert. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie. 1re *Série* : MM. Richet, Panas, Peyrot ; 2e *Série* : MM. Duplay, Marc Sée, Bouilly; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Peter, Laboulbène, Troisier ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Ball, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Joffroy.

VENDREDI 16. — A 1 heure. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Baillon, Lutz, Hanriot ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Gay, Blanchard; — 3e *Série* : MM. Gariel, Desplats, Pouchet, à 1 heure. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gautier, Bouchardat, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Bourgeois, Desplats, Hanriot; 3e *Série* : MM. Baillon, Gay, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Marc Sée, Farabeuf, Segond ; — 2e partie : MM. Vulpian, Fournier, Reynier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Tarnier, Lannelongue, Reclus.

SAMEDI 17. — A 9 heures. 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gautier, Bouchardat, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Gay, Blanchard ; — 3e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Pouchet, à 1 heure. — *Officier de santé*, 1er d'*Officiat* : MM. Vulpian, Richelot, Joffroy; — 2e d'*Officiat*, 1re *Série* : MM. Duplay, Peter, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Richet, Laboulbène, Peyrot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Panas, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Polaillon, Bouilly. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Ball, Hallopeau ; — 2e partie (Charité) 1re *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Grancher, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 15. — M. Maechler. Du mode de délivrance le plus rationnel dans les conditions normales. — M. Fleury. De l'ostéomyélite de l'os iliaque. — M. Juan J. Garcia. Contribution au traitement de la tumeur blanche ou ostéoarthrite tuberculeuse du coude. — M. Bourdon. Contribution à l'étude des fistules bronchocutanées. — M. Campos. Etude de la marche de la température dans l'érysipèle. — M. Vivant. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte : Forme apoplectique. — M. Siotis. Des déformations de la main dans la maladie de Parkinson.

(1) Ce maitre est Nicolas Lesecq.

(2) Il y a ici sans doute une allusion à la nourriture de l'Hôtel-Dieu.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 juin 1886 au samedi 3 juillet 1886, les naissances ont été au nombre de 1220 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 455 ; illégitimes, 181. Total, 636. — *Sexe féminin* : légitimes, 440 ; illégitimes, 144. Total, 584.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 juin 1886 au samedi 3 juillet 1886, les décès ont été au nombre de 969, savoir : 499 hommes et 470 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 7, F. 5, T. 12. Variole : M. 1, F. 3, T. 4.— Rougeole : M. 21, F. 10, T. 31.—Scarlatine : M. 8, F. 9, T. 17.—Coqueluche : M. 4, F. 10, T. 14.— Diphthérie, Croup: M. 13, F. 8, T. 21. — Dyssenterie: M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 0, T. 2. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques: M. 00, F. 00, T. 00.—Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 17, F. 25, T. 42. — Phthisie pulmonaire : M. 110, F. 80, T. 190. —Autres tuberculoses: M. 10, F. 13, T. 23. —Autres affections générales : M. 25, F. 40, T. 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 18, F. 29, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 12, T. 16. — Pneumonie : M. 34, F. 29, T. 63. — Athrepsie : M. 34, F. 39, T. 73. — Autres maladies des divers appareils : M. 154, F. 135, T. 289. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 26, F. 9, T. 35. — Causes non classées : M. 11, F. 8, T. 19.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 70 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 19. Total : 47 — *Sexe féminin* : légitimes, 13 ; illégitimes, 10. Total : 23.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DE BICÊTRE. — La 1re épreuve (composition écrite) a eu lieu le 6 juillet à midi. La question tirée était : *Substance grise de la moelle ; anatomie et physiologie.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Bulbe rachidien, anatomie et physiologie ; — Nerf spinal, anatomie et physiologie.*

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHIRURGIEN DU BUREAU CENTRAL. — Voilà la liste des opérations données à faire aux candidats à ce concours : *Ligature de l'artère carotide primitive; amputation de cuisse au tiers inférieur ; — Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras ; désarticulation de Chopart.* — L'épreuve orale est commencée depuis mercredi ; la première question posée a été celle-ci : *Hémorrhoïdes* (Anat. pathol. et traitement).

CONCOURS D'AGRÉGATION (ANATOMIE ET HISTOIRE NATURELLE). — Les dernières questions orales données pour la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre ont été : — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE : Jeudi 1er juillet, M Nicolas : *Terminaisons nerveuses, motrices et sensitives.* — HISTOIRE NATURELLE : Vendredi 2 juillet, M. Barrois : *De la valeur relative des caractères de la nutrition et de la reproduction pour la classification naturelle des êtres ;* — M. Nabias : *Les mouvements spontanés et les mouvements provoqués chez les végétaux.*

— Les épreuves *pratiques* ont eu lieu les jours ci-dessous ; voici les questions posées : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.—Epreuve d'histologie, 3 juillet : *Imprégnation au nitrate d'argent de l'endothélium du péritoine ; tubes nerveux à myéline.*— Epreuve de physiologie, lundi 5 juillet : *Section du sympathique cervical chez le lapin ; excitation du bout périphérique.* — Epreuve de dissection, mardi 6 juillet : *Nerf médian et nerf cubital dans toute l'étendue de leur trajet.* — HISTOIRE NATURELLE. — Epreuve de dissection, 3 juillet : *Dissection du système nerveux de l'écrevisse.* — Epreuve d'histologie, 6 juillet : *Histologie de la tige de la clématite.* — Les candidats sont prévenus que le dépôt de leurs thèses devra être fait le jeudi 22 juillet, de midi à 3 heures, au secrétariat. — La première soutenance aura lieu le lundi 26 juillet, à 9 heures du matin.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le 9 juillet 1886, à 9 heures du matin, M. LEMOINE a soutenu en Sorbonne pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles une thèse intitulée : *Recherches sur l'origine et le développement des racines latérales des Dicotylédones.*— Le 17 juillet, à 1 heure, M. RIETSCH soutiendra en Sorbonne pour obtenir le même grade une thèse ayant pour sujet : *Etude sur les Géphyriens armés ou Echiuriens.* — Le 16 juillet, à 9 heures, et à 10 h. 1/2, MM. ATHANASESCO et COLORIANO soutiendront en Sorbonne pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques les thèses ci-dessous; le 1er : *Recherches sur les sulfates basiques cristallisées ;* le 2, *Recherches sur quelques arséniates cristallisés.*

© BIU Santé

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le 5 juillet, M. GODEFFROY a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès-sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : *Recherches relatives à l'action du chlore sur un mélange d'alcool et de bichromate de potassium.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le clinicat médical :* A la suite des épreuves éliminatoires, ont été seulement déclarés admissibles : MM. les Drs Œttinger, Duflocq, Sapelier et Bourcy. — La première épreuve définitive a eu lieu jeudi 8 juillet à la Charité.

Concours pour le clinicat obstétrical. — Ont été déclarés admissibles après les épreuves éliminatoires : MM les Drs Bonnaire, Boissard, Loriot et Ollivier ; la première épreuve définitive a eu lieu à la clinique d'accouchement jeudi 8 juillet, à 9 heures.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. DELOUEY, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à cette Ecole, est transféré sur sa demande dans la chaire de clinique chirurgicale de ladite Ecole, en remplacement de M. Denis-Dumont, décédé. — M. FRÉMONT, suppléant des chaires de pathologie et clinique externes, est nommé professeur de pathologie externe en remplacement de M. Delouey.

ECOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON. — Un concours sera ouvert le lundi 18 octobre, à l'école vétérinaire de Lyon, pour la chaire d'anatomie descriptive, anatomie générale et extérieure des animaux domestiques, vacante à ladite école. Les candidats devront adresser leur demande au ministère de l'agriculture vingt jours au moins avant la date ci-dessus fixée. Le programme du concours se distribue à Paris au ministère de l'agriculture (direction de l'agriculture, bureau des écoles et services vétérinaires) et au secrétariat des trois écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — Un concours s'ouvrira le 4 janvier 1887 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine de Rennes. — Le registre d'inscription sera fermé un mois avant l'ouverture du concours.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Breslau.* — M. le Dr ROUX, privat-docent et assistant à l'Institut anatomique, est nommé professeur extraordinaire.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices* (année 1886). — La composition écrite du Concours pour les prix de l'Internat en médecine et en chirurgie aura lieu le *mercredi 3 novembre* 1886, à midi précis, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n. 3. Ce Concours est obligatoire pour les Elèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le Directeur de l'Administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le Jury n'aura pas donné au moins la note passablement satisfait, seront rayés de la liste des Elèves internes des hôpitaux Les Elèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le Jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de Doctorat. Les Elèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 19 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Personnel médical.* — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par M. le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins des XIIIe et XIVe arrondissements, qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chacun de ces arrondissements, à l'élection de cinq médecins, savoir : Pour le XIIIe arrondissement (3 médecins), le vendredi 16 juillet 1886. — Pour le XIVe arrondissement (2 médecins), le jeudi 22 juillet 1886. Ce scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera ouvert le lundi 23 août 1886, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau du personnel, depuis le jeudi 22 juillet jusqu'au jeudi 5 août 1886 inclusivement, de onze heures à trois heures.

CÉLÉBRATION DU CENTENAIRE DE M. CHEVREUL. — Le 31 août prochain, M. Chevreul atteindra sa centième année. Désirant perpétuer le souvenir de cet anniversaire, on a pensé qu'une médaille était la forme la plus durable et la plus digne de transmettre à la postérité les traits de l'illustre savant. Cette médaille sera exécutée par M. Roty, ancien pensionnaire de l'Académie de France à Rome. M. Chevreul, le doyen des savants du monde entier, se plaît à prendre le titre de doyen des étudiants. Les étudiants, prient les disciples, les amis, les admirateurs du maître, tant en France qu'à l'étranger, de prendre part à cette manifestation. Une souscription est ouverte ; ils espèrent qu'on voudra bien leur prêter un utile concours et prient d'envoyer une réponse avant le 12 juillet. La liste des souscripteurs sera remise à M. Chevreul en même temps que la médaille le jour de son anniversaire. Un exemplaire de la médaille sera remis aux souscripteurs, si les souscriptions le permettent. Les souscriptions devront être adressées à M. le président, ou à MM. les vice-présidents du comité, ou à M. Louis Passy, député, secrétaire perpétuel de la Société nationale d'agriculture de France, en l'hôtel de la Société d'agriculture, 18 rue de Bellechasse, Paris. — Le comité organisateur : Président, M. Charles Brongniart ; vice-présidents, M. Léonce de Quatrefages de Bréau, ingénieur des arts et manufactures ; M. René Acollas, attaché au cabinet du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et descultes, trésorier ; M. Louis Passy, député, secrétaire perpétuel de la Société nationale d'agriculture ; membres, MM. Gillet, interne des hôpitaux ; Grès, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie ; Henri Martin, élève de l'Ecole des hautes-études ; Roché élève de l'Ecole des hautes-études ; secrétaire, Dr L. Devis, 18, rue du Cardinal-Lemoine.

EXCURSIONS BOTANIQUES. — *Ecole supérieure de pharmacie.* — M. GÉRARD, agrégé de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, le dimanche 11 juillet, entre Sevran et Villeparisis. Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à 11 heures 20 minutes, pour la station de Sevran.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Avis aux internes des hôpitaux de Paris.* — PRIX CIVIALE. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur CIVIALE, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 août 1886, au plus tard. Les Elèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

INSTITUT PASTEUR. — La souscription a atteint aujourd'hui (45e liste) 1,077,553 fr. 41.

NOMINATIONS DIVERSES. — Par arrêté préfectoral en date du 17 juin 1886, M. le Dr OUTIN, médecin-inspecteur des écoles de la deuxième circonscription du XXe arrondissement de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la première circonscription, en remplacement de M le Dr Eyméry, démissionnaire. — M. le Dr DUPRÉ est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la deuxième circonscription du XXe arrondissement de Paris, en remplacement de M le Dr Oudin, transféré dans la première circonscription. — M. le Dr SÉNAC est nommé médecin-inspecteur des écoles de la cinquième circonscription du XXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le Dr Mignet fils, appelé à d'autres fonctions.

RÉCOMPENSES. — Une médaille d'argent de 1re classe a été accordée à M. RAUZIER, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier pour son dévouement et ses services pendant l'épidémie cholérique de Pignans en 1885 ; à déjà obtenu une médaille d'honneur pour sa belle conduite lors du choléra de 1884. — Une médaille d'argent de 2e classe a été accordée à M. COLIGNON, médecin de l'Hôtel-Dieu de Monaco, et à MM. les Drs GUÉRARD et RAYMOND, à Monaco, pour les secours portés le 10 mars 1886 aux victimes de la collision de deux trains survenue au lieu dit « les Moulins », entre les gares de Monte-Carlo et de Roquebrune.

SERVICE MÉDICAL DE PARIS. — Par arrêté préfectoral en date du 1er juin 1886, le service de la constatation des naissances et des décès dans le XIVe arrondissement de Paris, est réparti en cinq circonscriptions, savoir : I. Quartier Montparnasse. — II. Quartier de la Santé. — III. Quartier du Petit-Montrouge. — IV. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue des Plantes et la rue de Vanves. — V. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue de Vanves et la voie du chemin de fer de l'Ouest.

SITUATION DE LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — L'assemblée générale de la caisse des pensions de retraite du corps médical français, s'est réunie le dimanche 2 mai dans les salons du Grand-Véfour, sous la prési-

© BIU Santé

dence de M. Dujardin-Beaumetz, assisté de MM. H. Huchard, vice-président, Delafosse, secrétaire; Barat-Dulaurier, membre du comité directeur; Cezilly, président du Comité des censeurs: de Ranse, Monin, Marguerite, Le Gendre, Bardy, Landur, Baronnet, etc., membres du Comité des censeurs. Le rapport du docteur Lande, le zélé fondateur de cette utile institution de prévoyance, et surtout le rapport annuel du trésorier, M. Verdalle ont été vigoureusement applaudis. La situation de la Caisse des pensions est très prospère puisque elle possède la somme respectable de 91,931 fr. 41 c. Après moins de deux ans de fonctionnement effectif, ainsi qu'en fait foi le bilan suivant arrêté au 24 avril 1886. (*Union médicale du Nord*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr ROMANOWSKI, médecin de la marine, qui vient de mourir à l'âge de 31 ans. Il venait d'être nommé vice-résident d'une des provinces d'Hanoï. — M. le Dr T.-R. LEWIS, professeur à l'Ecole de médecine navale de Netley. — M. le Dr HUTCHINSON BELL, chirurgien de l'hôpital de Sydney. — M. le Dr OUSSET, de Mauléon (Hautes-Pyrénées). — M. le Dr Henry COTIN, ancien rédacteur de la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de Paris, mort à Alfortville, à l'âge de 72 ans. — M. le Dr RIGAUD, père (de Dunsur-Meuse).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.— *Clinique des maladies nerveuses* : M le professeur CHARCOT ; *mardi* et *lundi* à 9 h. — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. TERRILLON, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.— *Maladies mentales* : M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.— *Médecine* : M. le professeur GRANCHER.—Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le samedi. — M. DESCROIZILLES. Consultation le mardi. Leçon de thérapeutique à la consultation. Leçon clinique le vendredi à 10 heures — M. OLLIVIER. Consultation le jeudi. Policlinique le mardi et le samedi. Maladies de la peau, le mercredi et vendredi, examen clinique des malades. —M. LABRIC. Consultation le vendredi. — M. le Dr SIMON (J.) continue ses leçons de thérapeutique infantile, le mercredi à 9 heures, et ses consultations cliniques le samedi à la même heure.

Chirurgie. — M. DE SAINT-GERMAIN. Consultation tous les jours. Leçons de clinique chirurgicale le jeudi.

HÔPITAL TENON. — *Médecine*.— Service de M. STRAUS. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Spéculum le vendredi. — Salle Andral (H.) : 2, 14, pleurésie ; 3, colique de plomb ; 8, rhumatisme fibreux ; 16, leucocythémie ; 17, diabète ; 21, myélite. — Salle Claude Bernard (F.) : 1, phtisie galopante ; 11, métrite ; 12, kyste de l'ovaire ; 13, cancer de l'utérus ; 17, tremblement mercuriel ; 18, pleurésie. — Salle Behier (F.) : 2, pneumonie ; 6 et 14, insuffisance mitrale ; 18, artério-sclérose ; 19, kyste purulent de l'ovaire ; 20, insuffisance aortique.

Service de M. LANDOUZY. — Visite à 8 h. 3/4. Consultation le mardi. — Salle Lelong (H.) : 1, syphilis cérébrale ; 4, tremblement mercuriel ; 9, myélite transverse, hématomyélie ; 12, et 24, amyotrophie facio-scapulo-humérale ; 13, lèpre ; 14, pneumonie caséeuse ; 17, péritonite tuberculeuse ; 21, atrophie musculaire progressive (type scapulo-huméral de Vulpian) ; 22, pseudo-tabes alcoolique. — Salle Bouillaud (F.) : 2, tuberculose pleuro-péritonéale ; 4, paralysie générale spinale subaiguë antérieure ; 7, coma diabétique ; 10, tuberculose aiguë ; 11, ataxie locomotrice ; 13, pneumothorax ; 15, sclérose en plaques ; 19, endocardite ulcéreuse. — Salle Valleix (crèche) : 1, phlegmatia alba dolens ; 6, pleurésie tuberculeuse ; 7, asystolie ; 8, pneumothorax ; 11, 15, éclampsie puerpérale ; 5, méningite tuberculeuse ; 3, 4, 8, 12, 21, 24, bronchopneumonie des enfants ; 26, opération césarienne.

Service de M. LACOMBE. — Visite à 9 h. 1/2. Consultation le mercredi. — Salle Bichat (H.) : 1, cachexie saturnine ; 2, adénopathie trachéobronchique ; 6, 11, 14, fièvre typhoïde ; 8, néphrite scarlatineuse ; 17, lésions aortiques ; 22, zona —Salle Magendie (F.) : 1, néphrite ; 2, abcès par congestion ; 6, métrite ; 12, hématocèle péri-utérine. — Salle Laënnec (F.) : 1, kyste hydatique de la rate ; 2, strophulus prurigineux ; 11, 12, 13, métrites ; 20, anasarque ; 21, kystes hydatiques du foie multiples ; 22, ramollissement cérébral.

Service de M. HANOT. — Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. — Salle Axenfeld (H.) : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, tuberculose pulmonaire ; 8 et 21 athérome ; 12, péritonite chronique ; 15, pleurésie ; 20, gastralgie ; 22, sénilité. — Pavillon Tenon (H.) : 11, pleurésie ; 15, pneumothorax ; 16, alcoolisme ; tous les autres, tuberculose pulmonaire. — Salle Colin (F.) : 1, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, tuberculose pulmonaire ; 2, 3, 4, sénilité ; 5, goitre exophthalmique ; 6, rhumatisme subaigu ; 8, paralysie agitante ; 9, syphilis ; 17, pneumonie ; 18, arthrite génitale ; 19, hémophilie.

Service de M. DREYFUS-BRISAC, suppléé par M. LETULLE. — Visite à 9 h. Consultation le vendredi. Spéculum le mardi. — Salle Gérando (H.) : 1, tuberculose cutanée ; 2, pneumo-thorax ; 4, rhumatisme articulaire aigu, péricardite ; 10, névralgie thoraco-brachiale ; 14, hémiplégie, aphasie syphilitique ; 17, cirrhose atrophique ; 15, pseudo-tabes alcoolique ; 18, syphilis cérébrale ; 19, pleurésie aiguë. — Salle Rayer (F.) : 2, ramollissement cérébral, hémiplégie, aphasie ; 4, diabète sucré ; 6, goitre exophthalmique ; 10, sciatique, 12, dégénérescence graisseuse du cœur ; 13, rhumatisme chronique ; 15, ulcère rond de l'estomac ; 21, hystérie ; 22, cancer de l'utérus ; 24, cachexie hémorrhagique.

Service de M. R. MOUTARD-MARTIN. — Visite à 9 heures. Consultation le samedi. Spéculum le mardi. — Salle Parrot (H.) : 1, néphrite parenchymateuse ; 2, paralysie saturnine ; 7, rétrécissement et insuffisance aortiques ; 14, pneumonie franche ; 16, pleurésie ponctionnée ; 21, syphilis ; 23, emphysème pulmonaire, athérome ; 23, ulcère de l'estomac ; 24, ataxie locomotrice. — Salle Lorain (H.) : 3, pleurésie ; 8, purpura chronique ; 15, rhumatisme aigu ; 16, dilatation bronchique ; 18, pleurésie ancienne, tuberculose pulmonaire ; 19, tuberculose à forme ascitique ; 21, alcoolisme chronique ; 23, cancer de l'estomac. — Salle Maurice Raymond (F.) : 1, hystérie ; 2, myomes utérins ; 7, hémorrhagie cérébrale, hémiplégie droite ; 8, dilatation de l'estomac ; 9, rétrécissement de l'œsophage ; 12, grossesse, chancre syphilitique ; 13, névralgie faciale ; 25, hystérie, incontinence d'urine ; 29, insuffisance mitrale.

Service de M. DANLOS.—Visite à 9 heures. — Salle Pidoux (H.) : 2, péritonite tuberculeuse ; 7, fistule ombilicale ; 10, sclérose amyotrophique ; 13, cancer de l'estomac ; 31, anthracosis. — Salle Trousseau (H.) : 1, néphrite parenchymateuse, tuberculose pulmonaire ; 17, insuffisance et rétrécissement aortiques ; 19, arthrite blennorrhagique ; 20, ramollissement cérébral ; 25, tumeurs adénoïdes du pharynx ; 26, angine parenchymateuse, pneumonie ; 28, tarsalgie ; 31, artério-sclérose. — Salle Cruveilhier (F.) : 1, 4, métrite ; 7, synovite blennorrhagique, grossesse ; 9 et 29, fibromyomes ; 12, eczéma des jambes ; 13, anévrysme de l'aorte ; 31, phlegmon du ligament large.

Service de M. CUFFER. — Visite à 9 heures. — Salle Barth (H.) : 2, pleurésie gauche, tuberculose ; 4, rhumatisme subaigu ; 8, insuffisance et rétrécissement aortiques, insuffisance mitrale, asystolie ; 11, adénie ; 13, tabes, saturnisme ; 15, insuffisance aortique, rhumatisme articulaire ; 18, gangrène pulmonaire ; 21, ataxie locomotrice ; 22, rhumatisme articulaire aigu. — Pavillon Tenon (H.) : 2, rhumatisme articulaire aigu ; 4, arthrite blennorrhagique ; 9, fièvre typhoïde ; 16, névropathie.— Salle Converchel (F.) : 1, fièvre typhoïde, manie ; 2, tuberculose pulmonaire, fistule recto-vaginale ; 3, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 4, insuffisance mitrale ; 10, pleurésie ; 16, hémiplégie gauche ; 17, fibromes utérins ; 20, ataxie locomotrice.

Chirurgiens. — Service de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Visite à 8 h. 3/4. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. Opérations le jeudi. — Salles Nélaton, Lisfranc et Velpeau (H.). — Salles Richard Wallace et Boyer (F. et crèche).

Service de M. BERGER. — Visite à 9 heures. Consultation les mardi, jeudi, samedi. — Salle Dupuytren (H.) : 1, tumeur blanche du poignet ; 9, thrombose de la saphène interne. — Salle Monthyon (H.) : 4, tumeur blanche du genou ; 5, rétrécissement de l'urèthre ; 6 et 18, anthrax ; 9, fracture compliquée ; 10, abcès par congestion ; 14, rhumatisme blennorrhagique ; 15, tumeur blanche tibio-tarsienne ; 21, mal perforant. — Salle Seymour (H.) : 3, tumeur blanche du genou ; 8, calcul vésical ; 12, fracture compliquée ; 18, gommes syphilitiques ; 22, épididymite consécutive à une uréthrotomie interne. — Salle Ambroise Paré (F. et crèche) : 1, tumeur blanche du poignet ; 5, abcès du sein ; 7, opthalmie purulente ; 10, abcès de la fosse iliaque. — Salle Delessert (F.) : 1, fistule à l'anus ; 2 et 21, polypes utérins ; 3, mal de Pott ; 5, nœvus du cuir chevelu ; 8, cancer utérin ; 13, épiplocèle ombilicale ; 15, arthrite blennorrhagique ; 17, brûlure.

Accoucheur. — Service de M. BAR. — Visite à 9 heures. Consultations les lundi et jeudi. — Pavillon Baudelocque.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

CHARCOT (J.-M.) et MARIE (P.). — **Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique, suivis d'autopsie.** Brochure in-8 de 54 pages avec deux planches hors texte. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . 2 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 29. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 JUILLET 1886.

Le Progrès Médical

ZOOLOGIE MÉDICALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. R. BLANCHARD.

La Filaire sous-conjonctivale
(Filaria Loa, GUYOT).

A la fin du siècle dernier, divers chirurgiens de la marine française signalaient simultanément, en Amérique et en Afrique, l'existence de vers qui vivaient en parasites entre la conjonctive et le globe oculaire de l'homme.

Les premières observations de ce genre ont été faites à Cayenne par Bajon (1). « Dans le mois de juillet 1768, dit ce chirurgien, le capitaine d'un bateau de la Guadeloupe amena chez moi une petite négresse, âgée d'environ 6 à 7 ans, et me pria d'examiner un de ses yeux, dans lequel on voyait remuer un petit ver de la grosseur d'un petit fil à coudre. Je l'examinai et j'observai, en effet, un petit animal, qui avait près de deux pouces de long ; il se promenait autour du globe de l'œil, dans le tissu cellulaire qui unit la conjonctive avec la cornée opaque. En l'excitant à se mouvoir, je m'aperçus que ses mouvements n'étaient point droits, mais tortueux et obliques. La couleur de cet œil n'était point changée, et la petite négresse disait ne sentir aucune douleur lorsque ce ver s'agitait ainsi : elle avait cependant un petit larmoiement presque continuel.

« Après avoir réfléchi sur le moyen que je pouvais employer pour le tirer, je crus qu'en faisant une petite ouverture à la conjonctive, du côté de la tête de ce petit animal, et en l'excitant ensuite à se mouvoir, il sortirait de lui-même. J'exécutai ce projet, mais, au lieu de s'engager par l'ouverture que j'avais faite, il passa à côté, et fut à l'endroit opposé à l'incision. Voyant que cette tentative n'avait pu me réussir, je pris le parti de le saisir au milieu du corps avec de petites pinces en même temps que la conjonctive, je fis ensuite, avec la pointe d'une lancette, une fort petite ouverture à côté de son corps, et avec une aiguille ordinaire, je le tirai en double : après cette opération, la négresse fut guérie sous 24 heures.

« Dans le commencement de 1771, une négresse ménagère de Mr Fridmond, gouverneur, m'amena une négresse un peu plus grande que la première. La conjonctive de celle-ci était enflammée et douloureuse ; je l'examinai de près et je vis un ver un peu plus grand que celui dont nous venons de parler, et qui, comme lui, se mouvait autour de l'œil, entre la conjonctive et la cornée opaque ; je proposai le moyen que j'avais déjà employé, mais on ne voulut point y consentir et je ne sais ce que cette négresse est devenue. »

Au moment où Bajon faisait à Cayenne les observations que nous venons de relater, Mongin, Mercier et de Lassus constataient à Saint-Domingue des cas analogues.

Mongin était appelé auprès d'une négresse qui se plaignait, depuis environ 24 heures, d'une douleur piquante dans l'œil, presque sans inflammation. Au premier aspect, il vit un ver qui semblait serpenter sur le globe oculaire ; mais, en voulant le saisir, il s'aperçut qu'il était compris entre la conjonctive et la sclérotique ; quand il approchait de la cornée, les douleurs devenaient plus vives. Le parasite put être extrait. « Le ver avait un pouce et demi de long et la grosseur d'une petite corde à violon ; il était d'une couleur cendrée, plus gros à un bout qu'à l'autre et très pointu par ses deux extrémités ; du reste, il n'avait rien de remarquable. »

Mercier voyait, en juillet 1771, une négresse que tourmentait depuis plusieurs jours une inflammation considérable, accompagnée de tension autour de l'œil et d'une grande démangeaison. Il aperçut sous la cornée un ver de la grosseur d'une chanterelle de violon, qu'il pût extraire en incisant la cornée.

En août 1774, le même chirurgien vit encore, sur la cornée de l'œil droit d'un nègre, un ver qui pouvait avoir 16 lignes de long et qui était gros comme une épingle. Il en fit l'extraction. Le malade guérit au bout d'un jour, comme dans le cas précédent.

Enfin, Larrey (1) rapporte succinctement une observation dont de Lassus a donné le détail dans le Journal de médecine du Conseil de santé de l'armée de Saint-Domingue. Il s'agissait d'un jeune nègre (2) : l'extraction du ver fut suivie de la disparition subite des accidents et de la guérison du malade.

En 1828, Roulin (3) vit dans l'œil d'une négresse, esclave à Monpox, ville située sur les bords de la Madeleine, un ver logé dans l'orbite. Il avait provoqué une légère inflammation. On ne le voyait pas constamment ; de temps en temps seulement il s'avançait de l'angle externe de l'œil vers la prunelle, en glissant entre la sclérotique et la conjonctive ; arrivé à la cornée, il se repliait en suivant le contour de cette dernière et en se dirigeant en haut.

En 1883, Sigaud et Christovaó José dos Santos ont fait une observation analogue, à Rio de Janeiro, sur une négresse de nation mina.

Une nouvelle observation, en date de 1837, est due à Blot : elle est plus intéressante que les précédentes. Une jeune négresse de la Martinique se plaignait d'une incommodité à l'un des yeux. En examinant l'organe souffrant, on y vit deux petits vers qui se mouvaient avec beaucoup d'agilité entre la sclérotique et la conjonctive. Ils se trouvaient l'un dans l'œil droit, l'autre dans l'œil gauche, mais se réunissaient parfois dans le même œil. Le passage d'un œil à l'autre se faisait avec

(1) Bajon, *Mémoires pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane française*. Voir tome I, p. 325. — Reproduit par J.-N. Arrachart, *Mémoires, dissertations et observations de chirurgie*. Paris, 1805. *Mémoire sur les vers des yeux*, lu à l'Académie de chirurgie en 1778, p. 217-238.

(1) D.-J. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*. Paris, 1812. — Voir I, page 223.

(2) Les auteurs qui ont écrit sur les vers trouvés au-dessous de la conjonctive ne citent ni Mercier ni de Lassus. Aussi Guyon a-t-il pu dire que tous les cas observés en Amérique se rapportaient à des femmes.

(3) Dans les *Archives générales de médecine*, XXX, p. 573, 1832, cette observation est attribuée à Clot-bey. D'après Guyon, c'est là une erreur, Clot-bey n'étant jamais allé en Amérique.

© BIU Santé

la plus grande rapidité, à travers le tissu conjonctif de la racine du nez. Ils étaient séparés et chacun dans un œil, quand le premier fut extrait. Quelques heures après cette première opération, Blot revint auprès du malade : il trouva le ver passé dans l'œil gauche, d'où il en fit l'extraction par une incision nouvelle.

Ces vers ont été rapportés en France et présentés à l'Académie des sciences, en 1838, par Guyon. L'un d'eux, qui fut remis à de Blainville, était long de 38 millimètres, filiforme, brunâtre, terminé en pointe à l'une de ses extrémités et présentant à l'extrémité opposée une sorte de mamelon, dont la couleur noire tranchait avec celle du corps.

Enfin, le Dr Lallemant, de Rio de Janeiro, fut consulté, en 1844, par un nègre se plaignant que quelque chose lui rampait autour de l'œil, ce qui lui causait une ennuyeuse démangeaison, mais pas de douleur à proprement parler. Entre la sclérotique et la conjonctive se voyait un ver blanc, agile comme un lombric. Lallemant incisa la conjonctive pour chercher à le saisir, mais il s'enfuit si haut qu'on l'apercevait à peine. Au bout de quelques minutes, il redescendit, ce qui causa quelque douleur au nègre; la douleur, au contraire, était nulle, quand l'animal se tenait caché dans la partie supérieure de l'orbite. On put l'extraire, mais il finit par se rompre et un tiers à peu près resta sous la conjonctive : ce fragment se résorba avec le sang de la petite hémorrhagie qui suivit l'opération. La portion dont on put se rendre maître était un peu amincie et incurvée en crochet à son extrémité; elle était grosse comme une fine corde de violon, d'une blancheur uniforme et longue d'environ trois quarts de pouce. Le ver était sans doute long d'un pouce et demi, soit d'environ 41 millimètres.

Les observations qui précèdent tendent à faire croire que le ver sous-conjonctival est particulier à l'Amérique. Ce n'est là qu'une apparence : le ver dont il s'agit est au contraire originaire de la côte occidentale d'Afrique, ainsi que vont le montrer les faits dont il nous reste à parler. On doit d'ailleurs remarquer que toutes les observations faites en Amérique se rapportent à des nègres qui, depuis un temps plus ou moins long, avaient été introduits comme esclaves dans le Nouveau-Monde.

Au moment où Bajon, Mongin et Mercier observaient en Amérique le ver sous-conjonctival, un autre chirurgien de marine, Guyot, faisait plusieurs voyages à la côte d'Angola : il constatait de la sorte que les nègres du Congo sont fréquemment atteints d'une ophthalmie produite par des vers dans les yeux. En examinant attentivement les yeux de ces malades, Guyot aperçut sur le globe de l'œil d'une négresse un sillon à la conjonctive, semblable à une veine variqueuse. Ayant attaqué avec la pointe d'une lancette cette prétendue veine, il fut très surpris de la voir disparaître. La malade lui dit alors qu'elle sentait quelque chose qui remuait dans son œil et que ce mouvement était profond. « Je soupçonnai, dit-il, que ce ne pouvait être autre chose qu'un *ver ambulant*, qui paraissait quelquefois sous la conjonctive, et quelquefois s'enfonçait vers la partie postérieure de l'œil. Je demandai à plusieurs nègres s'ils étaient sujets à avoir des vers dans les yeux. Ils m'apprirent que cette maladie était assez commune dans leur pays, et que c'était un *loa* (c'est le nom qu'ils donnent à ce ver). Je leur fis plusieurs questions pour savoir comme était ce ver, et s'ils connaissaient quelques remèdes pour le détruire. Ils ne purent me dire rien de certain, sinon que ces vers, après avoir disparu pendant un ou deux mois, reparaissaient et faisaient renaître l'inflammation et le larmoiement, et qu'après plusieurs années de semblables alternatives, ils sortent de l'œil sans qu'on s'en aperçoive et sans faire de remèdes, d'où j'ai conclu qu'ils n'avaient pas une connaissance parfaite de cette maladie. » Guyot eut l'occasion de voir, dans ce même voyage, plusieurs nègres affectés de cette maladie, pour lesquels toute médication fut vaine.

En 1777, il fit un nouveau voyage à la côte d'Angola et retrouva des nègres qui présentaient des loas. Il en tenta l'extraction et, sur cinq cas, l'opération réussit deux fois : pour les autres, les loas disparurent sans occasionner aucune lésion apparente à la conjonctive. « Il faut, dit-il, que cette opération soit faite très promptement, autrement le ver s'échappe, on le perd de vue quelquefois pour très longtemps. » Les individus auxquels ont fait l'opération guérissent en 24 heures.

Gervais et van Beneden rapportent une observation que leur avait communiquée Lestrille. En 1854, pendant un séjour au Gabon, ce chirurgien fut consulté par un nègre pour « quelque chose qui marchait dans son œil. » Il put ainsi procéder à l'extraction d'un ver long de 30 mm., à bouche inerme, appointé à l'une de ses extrémités, obtus à l'autre et que van Beneden reconnut pour appartenir au genre Filaire.

Le loa a été revu trois fois dans ces derniers temps, par Maurel, Nassau et Bachelor.

Trucy (1) nous fait connaître une observation de loa, due au Dr Maurel, médecin de la marine. En 1868, celui-ci, alors en station au Gabon, pratiqua sur un Crouman l'extraction du ver sous-conjonctival long de 7 centimètres.

Nassau (2), missionnaire au Gabon, a eu fréquemment l'occasion de l'observer : le ver se montre en divers points du corps, aux doigts, aux paupières, sous la conjonctive. Il n'a jamais eu lui-même de ver au niveau du globe oculaire, mais il en a vu serpenter sous la peau de ses doigts : de retour en Amérique, il éprouvait encore des signes certains de la présence du ver. Revenu au Gabon quelques années plus tard, il revit le ver sous la peau de ses doigts et sous celle des doigts d'autres personnes, puis dans la peau de sa paupière inférieure gauche : se plaçant devant une glace, il voulut, à l'aide d'une pince et d'un scalpel, extraire lui-même ce dernier loa, mais le ver s'enfuit en serpentant à travers la joue.

Quand le loa manifeste sa présence, au dire du Dr Nassau, la peau se tuméfie, se tend, devient chaude, mais non enflammée et est le siège de violentes démangeaisons. On ne peut s'empêcher de se gratter l'œil ou la main. La tuméfaction augmente de plus en plus, les yeux pleurent involontairement et finissent par s'enflammer, mais l'inflammation ne serait occasionnée que par le frottement. Dans l'œil, et suivant la ligne qu'occupe le parasite, on éprouve à de courts intervalles des douleurs soudaines, comme des névralgies. La sensation continue de tension et de démangeaison est vraiment insupportable. La douleur est surtout vive pendant la nuit. Ces symptômes ne durent pas plus d'un

(1) Ch. Trucy, *Remarques sur la Filaire de médine et en particulier sur son traitement.* Thèse de Montpellier, n° 22, 1873. — Voir page 40.

(2) Th.-G. Morton, *Account of a Worm (Dracunculus, or Filaria Loa) removed by a native woman from beneath the conjunctiva of the eye-ball of a negress at Gaboon, West-Africa, with a brief history of the parasite and Professor Leidy's description of the specimen.* American Journal of the med. sciences, (2), LXXIV, p. 113, 1877.

© BIU Santé

jour ou deux ; le loa peut rester alors deux semaines sans manifester sa présence.

Le Dr Bachelor (1), en station à Kangwe Hill Mission, sur l'Ogooué, a eu fréquemment l'occasion d'observer le loa, qui est très commun dans ces parages : les indigènes se l'extraient réciproquement au moyen d'une épine en crochet. Ce voyageur donne des accidents qu'occasionne le loa, une description concordant avec celle de Nassau : le gonflement est parfois si considérable, que l'œil se ferme entièrement ; le patient goûte peu de repos, pendant les trois ou quatre jours que dure l'inflammation, mais celle-ci cesse toujours sans traitement.

Tels sont les renseignements que nous possédons à l'égard du ver sous-conjonctival, renseignements bien incomplets et à l'aide desquels il est difficile de reconstituer l'histoire naturelle et médicale de ce parasite.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Abcès du cerveau dans le cours d'une phthisie pulmonaire ;

Par le Dr ROUSSEL, médecin de 1re classe de la marine.

Ro... (Alexis), âgé de 23 ans, ouvrier poulieur à l'arsenal de la marine, issu de père tuberculeux, entre à l'hôpital de la marine de Brest (service de M. le professeur NIELLY), le 22 février 1883, atteint de tuberculose pulmonaire avancée.

Les renseignements fournis par le malade ne laissent aucun doute sur l'ancienneté de cette affection dont les premiers symptômes remontent à une fièvre typhoïde contractée en 1878. A la suite de cette maladie, il conserva une grande susceptibilité morbide des organes de la respiration, se traduisant par des laryngo-bronchites fréquentes et tenaces. En mai 1880, des hémoptysies peu abondantes mais répétées l'obligèrent à solliciter son admission à l'hôpital de la marine. Les observations portées sur la feuille de clinique signalent à cette époque les signes classiques d'une tuberculose pulmonaire au début ; sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse du même côté : matité, exagération des vibrations thoraciques et de la résonnance vocale ; craquements secs ; au sommet gauche, la respiration est rude, l'expiration prolongée. Le séjour de l'hôpital ayant amélioré l'état général, il ne tarda pas à demander son exeat.

De 1880 à 1883, son histoire clinique offre peu d'intérêt ; elle se confond avec celle de tous les tuberculeux, chez qui les manifestations diathésiques évoluent avec lenteur. Souvent contraint d'interrompre son service, il vint à plusieurs reprises chercher à l'hôpital du repos, des soins hygiéniques et les médicaments que comportait son état. — Circonstance importante à noter dans le cas actuel : *il n'a jamais fait de chute ni reçu de coup sur la tête.*

A sa dernière entrée (22 février 1883), on constate les signes suivants : amaigrissement, décoloration de la peau et des muqueuses ; sueurs nocturnes habituelles ; pas d'hémoptysies depuis un an ; pas de dyspnée apparente au repos, mais la respiration devient fréquente sous l'influence de la moindre fatigue ; toux quinteuse ; expectoration de crachats purulents d'une fétidité extrême. Aucun trouble fonctionnel de l'appareil vocal. Dépression profonde des creux sus et sous-claviculaires. Au sommet droit, la matité est presque absolue. On y perçoit du souffle bronchique et des râles humides à grosses bulles. Au sommet gauche, les altérations sont moins avancées et se traduisent par de la submatité, des craquements humides, de la rudesse du murmure vésiculaire et de l'expiration prolongée. La partie moyenne et la base du poumon droit contiennent aussi quelques cavernules entourées de noyaux d'induration pulmonaire. Pas d'hypertrophie cardiaque ; les bruits du cœur sont réguliers, bien scandés, n'offrent ni dans leur timbre, ni dans leurs caractères, aucune altération pouvant faire supposer une lésion de cet organe. L'appétit est en partie conservé. Quelques vomissements sous l'influence des secousses de toux. Légers troubles dyspeptiques. Pas de diarrhée. Le foie et la rate ont leur volume normal.

Depuis la date de l'entrée jusqu'au 16 mars, l'état du malade s'est peu modifié. La température oscille le soir entre 38° et 39°, le matin entre 37° et 38°5, malgré l'emploi du sulfate de quinine administré à petites doses quotidiennes. Les crachats, toujours abondants, répandent une odeur fétide, que les préparations d'acide phénique et de créosote parviennent à diminuer sans la faire disparaître complètement. Le traitement employé n'offre rien de spécial. Une alimentation aussi abondante que possible, les toniques, les préparations arsenicales furent simultanément utilisées et semblaient avoir activé les fonctions de nutrition, puisque le 11 mars la balance accusait une augmentation de 3 kil. 500 sur la pesée faite à l'entrée à l'hôpital, lorsque apparurent des symptômes nouveaux qui constituent la partie intéressante de cette observation.

Le 16 *mars* à dix heures du matin, le malade est subitement pris, pendant son déjeuner, d'accidents cérébraux consistant en : paralysie incomplète du facial inférieur droit ; abolition des mouvements volontaires du membre supérieur du même côté avec conservation de la sensibilité ; aphasie ; mouvement de rotation de la tête à droite avec déviation conjugée des yeux.

Immédiatement appelé près du malade, je l'ai trouvé assis dans son lit, le visage anxieux, la commissure labiale droite légèrement abaissée, l'orbiculaire des paupières se contractait normalement et les mouvements de clignement se faisaient avec une égale énergie à droite et à gauche. L'intelligence était en partie conservée ; frappé d'aphasie, il ne pouvait répondre aux questions mais paraissait les comprendre et exécutait certains mouvements qui lui étaient indiqués. Le bras droit reposait sur le lit : soulevé, il retombait inerte dans sa position primitive ; les excitations douloureuses pratiquées sur le membre étaient perçues et déterminaient sur le visage une expression de souffrance. La motilité du bras gauche et des membres inférieurs semblait intacte. Chacune de ces parties pouvait se mouvoir sous l'influence de la volonté.

La tête légèrement inclinée à gauche éprouvait un mouvement de rotation de gauche à droite, s'accomplissant par petites secousses qui peu à peu amenaient la face à regarder l'épaule droite. Au bout de quelques secondes, la tête reprenait en deux ou trois saccades sa position primitive, tout en restant légèrement inclinée à gauche ; puis une nouvelle série de mouvements convulsifs semblables se reproduisait. L'exploration des différents muscles du cou permettait de constater que les contractions du sterno-mastoïdien gauche étaient la cause efficiente de ces mouvements. En saisissant le muscle entre les doigts, on y percevait des contractions intermittentes de plus en plus énergiques, suivies d'une sorte de détente incomplète. Ces phénomènes convulsifs se répétèrent un grand nombre de fois et l'attaque eut une durée totale de dix minutes. Le sterno-mastoïdien droit était dans un état de repos complet. En même temps, les globes oculaires étaient convulsés vers la droite. L'angle optique n'était ni diminué ni augmenté, il était simplement dévié. Si l'on disait au malade de regarder à gauche, malgré ses efforts, il ne pouvait y parvenir ; la pupille restait toujours dirigée vers la droite. Les mouvements de l'œil étaient cependant en partie soumis à la volonté et le regard pouvait se mouvoir dans une certaine étendue à droite du plan vertical antéro-postérieur passant par le centre du visage. Les yeux ne tardaient pas d'ailleurs à reprendre leur direction primitive. — Pas de nystagmus ; — les pupilles étaient dilatées, mais réagissaient bien sous l'action de la lumière.

Dix minutes environ après le début des accidents, le calme s'étant rétabli peu à peu, le malade se trouve dans l'état suivant : facies exprimant l'étonnement cérébral. Déviation légère des traits de la face par parésie des muscles animés par le facial inférieur droit. Commissure labiale droite abaissée laissant écouler un peu de salive. Le frontal et l'orbiculaire des

(3) H.-M. Bachelor, *Filaria loa and Pulex penetrans*. New-York medical Record, XIX, p. 470, 1881. — *Bulletin of the New-York pathological Society*, (2), I, p. 108, 1881.

© BIU Santé

paupières se contractent normalement. La tête a recouvré sa mobilité ordinaire; les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, de circumduction s'accomplissent sans aucune gêne. La contraction volontaire des deux sterno-mastoïdiens se fait soit successivement, soit simultanément, et il n'est pas possible de constater soit de la contracture, soit de la parésie de l'un de ces muscles.

La déviation conjuguée des yeux n'est plus très apparente; la pupille peut être portée dans toutes les directions, mais quand le malade est abandonné à lui-même, le regard a une tendance à se diriger à droite de l'axe antéro-postérieur de l'œil et à s'écarter de cet axe d'une façon appréciable.

L'aphasie est incomplète. Quelques monosyllabes oui, non, pain, vin. etc., sont facilement prononcés, mais les locutions plus étendues ou les phrases, quelque courtes qu'elles soient, ne sont articulées qu'avec la plus grande difficulté. Le nombre des mots qui manquent à son vocabulaire est d'ailleurs très considérable et le malade est, le plus souvent, dans l'impossibilité d'exprimer sa pensée autrement que par des réponses affirmatives ou négatives. Ces troubles de la parole dépendent bien d'une aphasie véritable et non d'une paralysie musculaire. La langue se meut librement dans la cavité buccale; en irritant le voile du palais on lui fait exécuter ses mouvements habituels.

La paralysie du bras a disparu en grande partie, cette disparition a été précédée de quelques secousses convulsives dans les membres fléchisseurs et pronateurs. Les mouvements volontaires s'exécutent avec précision, sans lenteur et il semblerait que le membre a recouvré toute sa puissance musculaire. Cependant, le dynamomètre y trahit un affaiblissement notable; tandis que, placé dans la main gauche, il donne 25 kil. il ne donne à droite que 17 kil. Les mouvements réflexes et ceux qui sont produits par les courants faradiques ont leur énergie normale. La sensibilité cutanée est conservée dans tous ses modes. Pas de troubles fonctionnels des organes des sens. T. M. 37°6. T. S. 38°.

17 *mars*.— La nuit, vers deux heures, nouvelle attaque en tout semblable à la première et d'une durée égale, suivie d'une céphalalgie peu marquée limitée à la région temporo-pariétale. Cette douleur parfaitement localisée a persisté jusqu'à la mort et confirme le diagnostic porté d'une lésion siégeant au niveau des circonvolutions motrices de l'hémisphère gauche. Le même jour à neuf heures du matin, le malade expectore, sous forme vomique, une abondante quantité de muco-pus qui peut être évaluée à 40 ou 50 grammes, et au même moment apparaît une troisième attaque moins longue que les deux précédentes. T. M. 37°8. T. S. 38°8.

18 *mai*. — Les mêmes phénomènes nerveux se sont reproduits à huit heures du matin et ont persisté pendant un quart d'heure. On constatait, en outre, pour la première fois, une parésie très accentuée du membre inférieur droit, sans troubles de la sensibilité. Comme au bras, les différents muscles de la cuisse et de la jambe réagissaient normalement sous l'action des courants faradiques. A la fin de cette attaque, les convulsions des muscles du bras et de l'avant-bras sont très prononcées. Ce sont surtout les muscles fléchisseurs et pronateurs qui sont le siège des secousses convulsives. Elles ont pour effet d'amener par saccades successives la main en pronation, de fléchir l'avant-bras sur le bras et de rapprocher l'extrémité du membre de la poitrine. Au bout de quelques secondes, il survient dans le système musculaire une détente qui ramène au repos les différents segments du membre; puis une nouvelle série de mouvements convulsifs succède à la première.

Les troubles moteurs du membre thoracique sont, en un mot, semblables à ceux qui entraînent la déviation de la tête; sur aucun point de la peau on ne constate les sueurs abondantes signalées par Sénator dans des cas analogues. T. M., 37°,8. Soir, 37°,4.

19 *mai*. — La paralysie du bras est complète; les efforts du malade ne peuvent aboutir au plus léger mouvement. La sensibilité tactile, explorée à l'aide du compas de Weber, paraît un peu émoussée; les sensations douloureuses et thermiques sont parfaitement perçues. Le membre inférieur droit jouit de l'intégrité apparente de ses fonctions motrices et sensitives, mais l'état du malade ne permet pas de les étudier avec une grande précision. L'intelligence s'obscurcit, en effet, avec rapidité; le visage est sans expression; les idées sont moins nettes; les réponses se font attendre et ne sont pas toujours exactes. L'aphasie est plus complète, le vocabulaire est à peu près réduit aux monosyllabes, oui et non; ces mots sont articulés avec moins de précision. La paralysie linguale devient appréciable, la langue est moins mobile, légèrement déviée à droite.

La digestion se fait bien, le quart de la ration alimentaire suffit à peine à satisfaire l'appétit. Pas de vomissements. Selles normales et volontaires. Le pouls est ample et plein, il est un peu plus fréquent qu'à l'état physiologique (88 à 96 pulsations). Les bruits du cœur sont réguliers sans addition de bruits anormaux. Les lésions pulmonaires n'ont pas sensiblement progressé; l'expectoration est toujours fétide et abondante. Les urines, normales comme quantité et comme coloration, ont une réaction acide; elles ne contiennent ni albumine, ni sucre et sont émises volontairement. T. M., 38°,1. Soir, 37°,8.

Du 20 au 23, la situation est sensiblement la même. Aucun phénomène nouveau important ne s'est manifesté. Vomique peu copieuse de pus fétide et mal lié, provenant d'une caverne que l'auscultation permet de constater au sommet du poumon droit. Le membre inférieur droit qui avait jusqu'ici, du moins, d'une façon sensible, échappé à l'influence de la lésion cérébrale est frappé de paralysie complète. Les mouvements volontaires sont très limités et ne consistent guère qu'en une sorte de reptation exécutée par le pied sur le plan du lit. Le membre ne peut être volontairement soulevé, quel que soit l'effort produit. De même qu'au bras, la sensibilité cutanée est peu altérée; la sensibilité musculaire n'est pas abolie et le malade a la notion de la position occupée par les parties paralysées. Des thermomètres placés sur des points homologues des membres thoraciques et abdominaux donnent à droite et à gauche des températures égales. T. M., 36°,6. Soir, 37°.

24 *mai*. — A partir du 24, les facultés intellectuelles s'éteignent de plus en plus; le regard est fixe, sans expression; les réponses ne sont plus intelligibles; le visage se cyanose et le malade entre dans une période d'agonie lente qui se termine par la mort dans la soirée du 27. Pendant ces derniers jours, la température n'a pas dépassé 37°.

Autopsie faite 36 heures après la mort. *Habitus extérieur*. — Amaigrissement. Rigidité cadavérique peu marquée. Pas de diminution de volume des membres paralysés. *Cavité thoracique*. — Adhérence presque totale des plèvres viscérales à la cage thoracique. Les différents lobes pulmonaires sont réunis entre eux par des brides celluleuses, produits de pleurésies interlobaires anciennes. Le poumon gauche est augmenté de volume, emphysémateux; son sommet induré contient des granulations tuberculeuses et des tubercules crus. Le poumon droit diminué de volume, gorgé de sang, son tissu est dense, très peu crépitant, friable, farci de tubercules à divers degrés de développement. Cavernes volumineuses éparses de la base au sommet, plus abondantes dans les parties supérieures. Quelques-unes sont vides, d'autres contiennent un pus mal lié et fétide. Le lobe inférieur est le siège d'une congestion hypostatique qui a dû se produire pendant les derniers jours de la vie. Le péricarde contient 60 grammes de sérosité citrine. Le cœur droit est dilaté, renferme des caillots fibrineux non organisés; le cœur gauche est vide. Pas de lésions des orifices et des gros vaisseaux qui émergent du cœur. Le myocarde est peu coloré, mais ne paraît pas altéré dans sa texture. *Cavité abdominale*. — L'intestin est sain et ne contient aucun produit tuberculeux dans ses tuniques muqueuse et péritonéale. Pas d'engagement des ganglions mésentériques. Le foie est légèrement augmenté de volume; lisse et de couleur normale. La surface de section d'un brun rougeâtre laisse suinter une abondante quantité de sang. Pas de dégénérescence graisseuse ou amyloïde. Rate de consistance normale pesant 210 grammes. Reins très peu congestionnés, la substance corticale est plus foncée qu'à l'état normal, mais tranche par sa coloration sur la substance tubuleuse. Aucun des organes glandulaires précédemment énumérés ne contient d'infarctus hémorrhagique ni de productions tuberculeuses.

Cavité crânienne. — Aucune trace de contusion ou de plaie ancienne du cuir chevelu. Pas de lésions traumatiques ou néoplasiques des os du crâne. Les sinus et les vaisseaux de la

© BIU Santé

dure-mère sont gorgés de sang, mais cette membrane est saine excepté au voisinage des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes gauches. En ce point, toutes les méninges présentent les signes évidents d'une inflammation de date récente ; la dure-mère est rouge, épaissie, parcourue par des arborisations vasculaires fines et nombreuses. Sur une étendue de 3 à 4 centimètres carrés environ, au niveau de la suture fronto-pariétale et dans les parties environnantes, elle adhère faiblement à la face interne de la boîte crânienne. L'arachnoïde a pris une teinte laiteuse et les espaces sous-arachnoïdiens renferment une petite quantité de liquide opalescent. La pie-mère est infectée, d'un rouge diffus, semble faire corps avec la substance cérébrale dont on ne peut la détacher qu'en déchirant la substance grise sous-jacente. Au niveau de l'union du pied de la deuxième circonvolution frontale et de la pariétale ascendante, la pression détermine une sensation manifeste de fluctuation superficielle. Une incision pratiquée sur le point fluctuant donne issue à 30 grammes de pus bien lié, verdâtre, inodore, provenant d'un abcès siégeant dans la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions frontale et pariétale ascendante remontant jusqu'au tiers supérieur de ces circonvolutions, s'étendant en avant sous l'extrémité postérieure des deuxième et troisième circonvolutions frontales : en arrière, jusqu'au lobule du pli courbe ; en dedans, il est séparé de la voûte du ventricule latéral par une distance de 1/2 centimètre environ. Sa forme est aplatie, oblongue, à grand diamètre antéro-postérieur ; sa face externe est immédiatement contiguë vers la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante, à la substance corticale qui, en ce point, est rougeâtre et différente. Il est évident que le liquide de l'abcès avait une tendance à se faire jour à la périphérie. En avant et en arrière de ce centre, la face externe de l'excavation se trouvait séparée de la substance grise des circonvolutions par une épaisseur de 3 à 4 millimètres de substance blanche altérée, à coloration d'un blanc verdâtre dont la consistance était sensiblement diminuée. Les parois de l'abcès, dépourvues de membrane, d'enveloppe, sont tomenteuses, formées par du tissu cérébral mou, de couleur jaune serin, en partie spéciale et dont quelques débris, encore adhérents, flottent dans le liquide.

La deuxième branche terminale de la sylvienne (A. pariétale antérieure de Duret, A. de la circonvolution frontale de Charcot) était ferme, légèrement dilatée, formant un cordon dur. Elle était remplie d'une masse solide qui, vue au microscope, était constituée au centre par un caillot fibrineux à texture grenue, et à la périphérie par un amas de globules rouges. La première et troisième branches terminales de la sylvienne étaient également remplies d'hématies, mais l'absence du coagulum fibrineux indiquait que, bien que ralentie, la circulation se faisait encore pendant la vie dans ces départements vasculaires. Sur aucune de ces artères on ne constatait les îlots de granulation ou les gouttelettes de graisse caractéristiques de l'athérome artériel. Les ventricules latéraux contenaient quelques gouttes de sérosité limpide. Le reste de l'encéphale ne présentait aucune altération appréciable. Les noyaux gris centraux, entre autres étaient sains. Il n'existait dans les régions basilaires aucune lésion apparente des vaisseaux sanguins ni des méninges qui, sur toute leur étendue, étaient indemnes de productions tuberculeuses.

Réflexions. — En résumé, dans le cours d'une tuberculose pulmonaire avancée, un malade est subitement atteint d'aphasie, d'hémiplégie droite accompagnée de mouvements de rotation de la tête et de déviation conjuguée des yeux. L'autopsie fait découvrir au niveau des centres psychomoteurs de l'hémisphère gauche un abcès volumineux soupçonné pendant la vie, mais qui n'avait pu être diagnostiqué d'une manière certaine. L'état du poumon devait en effet faire songer à la possibilité d'une méningite tuberculeuse ou mieux de productions néoplasiques dans la masse encéphalique.

Un des sièges d'élection des tubercules méningés étant, comme on le sait, la pie-mère qui recouvre les circonvolutions voisines de la scissure de Sylvius et les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, le processus inflammatoire peut facilement s'étendre à la substance grise sous-jacente et produire une encéphalite périphérique secondaire. Charcot et Landouzy ont même cherché à expliquer certains phénomènes ordinaires de la méningite tuberculeuse (convulsions, paralysies) par une inflammation superficielle des zones motrices corticales. Dans le cas actuel, l'analyse des signes cliniques devait faire écarter l'hypothèse d'une méningite spécifique, affection à débuts lents, insidieux, caractérisée par de la céphalalgie, un ralentissement souvent très accentué du pouls, des vomissements, de la constipation, des contractures et des convulsions suivies plus tard de paralysies. Les lésions anatomiques de cette maladie, étant généralement éparses le long des différents vaisseaux de la pie-mère, se traduisent le plus souvent par des troubles bilatéraux de la motilité, bien différents des phénomènes morbides produits par les lésions en foyer.

Chez notre malade, l'existence d'un gros tubercule cérébral au voisinage du sillon de Rollando était, au contraire, très admissible. Les symptômes cliniques, la lésion pulmonaire, l'âge du malade plaidaient en faveur de cette hypothèse et dans l'espèce le diagnostic différentiel entre l'abcès et le tubercule du cerveau nous paraît bien difficile à établir, l'un et l'autre pouvant déterminer les mêmes accidents quand ils occupent un même territoire des centres nerveux.

Une troisième hypothèse pouvait également être discutée : c'était celle d'une hypérémie passive du cerveau. Dans certains cas, en effet, des troubles analogues et même identiques à ceux relatés dans notre observation, peuvent se produire par le fait même de cette hypérémie passive et en l'absence de toute lésion en foyer. Senator (*Rev. sc. méd.* 1880, T. 15) dans une discussion de la Société médicale de Berlin (1878) en rapporte un exemple. Curschman en cite deux autres : le premier, observé en 1868 à la clinique de Giessen, le deuxième publié par Ramberger dans les actes de la Société médicale de Wursbourg. Il s'agissait, dans ces différents cas, de malades atteints de phtisie pulmonaire. Bien qu'exceptionnels, ces faits nous montrent combien doit être réservé le diagnostic des lésions cérébrales, alors même que les symptômes cliniques paraissent en rapport direct avec un genre déterminé d'altération.

Nous n'avons pas encore épuisé le champ des suppositions qui pouvaient être faites pendant la vie. Beringer (Thèse, Paris, 1880) signale, au nombre des causes pathogéniques des contractures et des paralysies cérébrales qui surviennent à une période avancée de la phtisie pulmonaire, les foyers de ramollissement superficiels ou profonds dus à une embolie ou à des thromboses par dégénérescence des parois vasculaires. L'âge du sujet, l'état d'intégrité des vaisseaux, accessibles aux moyens physiques d'exploration pouvaient faire rejeter l'existence d'une altération des parois des artères cérébrales. Les circonstances favorables à la formation d'une embolie se trouvaient au contraire

© BIU Santé

réunies et les signes cliniques ratifiaient ce diagnostic. Le poumon, creusé de vastes cavernes ulcérées, à parois en partie sphacélées, était dans de bonnes conditions pour être le point de départ d'un embolus qui, suivant la voie des veines pulmonaires, aurait été porté dans le cœur gauche et, chassé de là dans l'aorte, serait venu obstruer une des bronches de l'artère Sylvienne, provoquant un ensemble de phénomènes nerveux avec cette soudaineté qui est le propre de ces obstructions artérielles; mais la certitude absolue de ce diagnostic ne pouvait être fournie que par l'examen nécropsique qui révéla en même temps le siège et la nature de cette embolie.

Lorsqu'une artère cérébrale est obstruée par une embolie fibrineuse, tout le département nerveux qu'elle doit irriguer se trouve frappé de mortifications et la substance cérébrale prend l'aspect particulier du ramollissement; quand, au contraire, l'embolus est septique, l'infarctus qui en est la conséquence subit constamment et à bref délai la transformation purulente. Cette tendance à la suppuration, qui a été diversement interprétée, est un des caractères essentiels de ces embolies qui déterminent autour d'elles une irritation assez vive pour produire toujours la suppuration ou la gangrène. Dans le fait que nous rapportons, l'embolus a dû s'arrêter dans l'artère de la circonvolution frontale ascendante, l'une des quatre branches terminales de la sylvienne. L'infarctus, suivant la loi précédemment énoncée, n'a pas tardé à suppurer et l'abcès s'est étendu dans diverses directions, déterminant successivement des phénomènes en rapport avec l'intensité et l'extension de la lésion; au début, déviation de la tête et des yeux; aphasie progressive; paralysie du bras, d'abord temporaire ensuite permanente; enfin, paralysie incomplète du membre inférieur.

Nous croyons donc pouvoir rapporter cette encéphalite suppurée à un embolus septique ayant son point de départ dans une des cavernes ulcérées du poumon droit et ayant produit un infarctus suppuré dans le territoire vasculaire de la frontale ascendante. D'abord peu étendu, l'abcès a augmenté de dimension et gagné en partie les circonvolutions irriguées par l'artère frontale externe et inférieure et par l'artère pariétale ascendante.

La concordance a été parfaite entre les symptômes et les lésions. Si l'on se rapporte aux données fournies par l'autopsie, l'embolie ayant eu pour siège au début les faisceaux blancs qui aboutissent au pied de la deuxième circonvolution frontale et à la partie voisine de la circonvolution frontale ascendante, il s'est produit simultanément de la paralysie avec convulsion du membre supérieur droit, de l'aphasie incomplète et une déviation conjuguée de la tête et des yeux.

La paralysie du bras est facile à expliquer par le siège de l'altération sur le trajet des faisceaux blancs qui se rendent au centre psychomoteur de ce membre. Il eût été difficile de se rendre compte d'une aphasie complète, mais le malade ayant en partie conservé la faculté du langage, on peut attribuer cette aphasie du début au trouble apporté par la présence de l'embolus aux fonctions des faisceaux pédiculo-frontaux inférieurs dont l'intégrité, comme l'ont démontré Grasset et Cl. de Boyer, est nécessaire pour que le centre cortical de l'aphasie puisse entrer en action. Quelques jours plus tard, la lésion s'étant étendue, l'aphasie devint plus complète en même temps que s'accentua la paralysie du bras.

Quant à la déviation conjuguée de la tête et des yeux, son importance mérite que nous nous y arrêtions un instant. Il résulte des expériences de Ferrier que l'excitation électrique de deux régions différentes de l'écorce cérébrale détermine cette déviation conjuguée du côté opposé à l'excitation; ce sont : 1° le pied de la deuxième circonvolution frontale, 2° les circonvolutions qui coiffent le fond de la scissure de Sylvius et le pli courbe. Pour Ferrier, la première de ces régions paraît avoir une importance plus considérable; Grasset a, au contraire, remarqué que la déviation conjuguée coïncidait le plus souvent avec une altération de la deuxième région. Cette question est, comme on le voit, encore à l'étude et appelle de nouvelles recherches.

Dans le cas que nous avons observé, on ne peut incriminer ni le pli courbe ni les circonvolutions qui recouvrent l'insula. Ces parties ayant été trouvées intactes à l'autopsie. Le pied de la deuxième circonvolution frontale était, au contraire, un des points les plus atteints et c'est à cette lésion que doivent être évidemment attribués les mouvements de rotation qui ont eu lieu au début des accidents et qui ont été s'atténuant jusqu'à la mort.

Contrairement à la loi formulée par Prévot et Vulpian et qui veut que dans les lésions des hémisphères, le malade regarde l'hémisphère atteint, notre malade avait la tête et les yeux déviés vers le côté paralysé. Ce n'est pas là, d'ailleurs, un cas exceptionnel. La loi établie par Prévot et Vulpian est loin d'être absolue; infirmée dans ces dernières années par des faits nombreux observés par Brouardel et Landouzy, elle a été modifiée par Grasset qui, ayant analysé un grand nombre de faits, a pu établir que, dans les lésions des hémisphères, quand il y a déviation conjuguée, le malade regarde ses membres convulsés s'il y a excitation et sa lésion s'il y a paralysie. Notre exemple rentre donc dans la règle ordinaire, attendu que les membres paralysés étaient le siège de secousses convulsives même énergiques qui, sans aller jusqu'à l'épilepsie Jacksonienne, indiquent que la lésion centrale était d'ordre irritatif et qu'à côté des phénomènes paralytiques il en existait d'autres de nature convulsive; d'ailleurs, à mesure que la paralysie a fait des progrès et est devenue permanente, la déviation de la tête et des yeux a été aussi s'atténuant jusqu'à devenir presque insensible.

Enfin, pour terminer cette analyse symptomatique, nous devons faire remarquer que, si l'on s'en rapporte aux expériences de Ferrier, l'absence de troubles de la vision et de l'ouïe permettait d'affirmer pendant la vie que le pli courbe et la première circonvolution temporale n'étaient pas intéressés et que les parties supérieures des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes n'avaient été influencées que secondairement et d'une manière incomplète, puisque ce n'est que peu de temps avant la mort que la parésie du membre inférieur droit s'est produite.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une nouvelle affection parasitaire de l'enfance : la Perlèche.

Il existe chez les enfants qui fréquentent les écoles de la province, plus souvent que chez les écoliers de Paris, une petite affection sans gravité, mais contagieuse, dont la nature parasitaire vient d'être mise en évidence par M. le Dr Justin Lemaistre, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'école de médecine de Limoges (1). Nous croyons qu'il est intéressant et peut-être utile de divulguer les notions récentes que notre sympathique et distingué confrère a publiées sur cette maladie nouvelle qu'aucun traité classique n'a encore mentionnée. Dans les campagnes du Limousin où l'affection est relativement commune, les paysans la désignent sous le nom de *perlèche*, à cause de la sensation de cuisson qui porte les enfants à se pourlécher les lèvres, ou encore sous le nom de *bridou*, parce que les commissures labiales sont comme bridées. En effet, c'est au niveau des deux commissures labiales que la maladie débute et se cantonne. L'épithélium devient d'abord blanchâtre, puis se macère et se détache avec facilité ; la lésion se propage aussi à la surface cutanée des commissures, et alors elle ne peut rester ignorée et devient évidente. En général, les couches superficielles de l'épiderme sont seules atteintes et le derme n'est pas dénudé. Parfois on note de petites fentes linéaires dans le sens des plis commissuraux. Ces fentes qui vont en rayonnant provoquent de la douleur et de petites hémorrhagies, lorsque l'enfant ouvre largement la bouche. En somme, la lésion rappelle par plusieurs de ses caractères objectifs certaines plaques muqueuses, certaines rhagades commissurales des enfants syphilitiques.

La durée de la maladie ne dépasse pas, pour les cas moyens, quinze jours à un mois. Toutefois certains enfants sont atteints presque toute l'année, peut-être par inoculations successives les récidives ne sont pas rares. Telle est, en résumé, la physionomie clinique de la maladie nouvelle dont M. Justin Lemaistre s'est fait le parrain. Pour compléter les traits de l'affection, disons qu'elle est sans gravité, sans troubles généraux, mais que cependant elle provoque une gêne et une sensation douloureuse dans les mouvements de la bouche. Comme l'a parfaitement démontré M. Lemaistre, la maladie est contagieuse et se développe après que les enfants ont bu dans des vases malpropres ou difficiles à entretenir dans de bonnes conditions de propreté, c'est-à-dire dans des seaux de bois ou de zinc et des cruches de grès, réceptacles ordinaires de l'eau que les écoliers de la province ingurgitent à même et successivement, sans essuyer le goulot ou le godet et sans prendre aucune précaution contre les contages suspects.

Ayant eu l'occasion d'examiner au microscope les débris épithéliaux des lèvres de plusieurs enfants atteints de *perlèche*, le Dr Lemaistre rencontra constamment des micro-organismes et acquit bientôt la conviction que la maladie était de nature parasitaire. Sur des préparations colorées au violet de méthyle, il constata la présence de nombreuses bactéries globulaires, de diplocoques et de petits chapelets. Par places, les bactéries formaient des masses isolées et des colonies de 20 à 300 sujets. Le lieu de prédilection de ces schizomycètes est le bord des cellules épithéliales ; souvent aussi ces cellules sont envahies et détruites par les bactéries. M. Justin Lemaistre conclut de ces premières études que la *perlèche* est caractérisée par la présence d'un microbe que l'on doit placer dans la classe des schizomycètes et dans le groupe des sphéro-bactéries, bactéries globulaires ou cocci.

Poursuivant ses études, l'auteur a voulu cultiver ce nouveau microbe : il a pris cinq flacons Pasteur qu'il a ensemencés en plongeant dans les bouillons un fil de platine flambé mis préalablement en contact avec la perlèche de cinq enfants différents. Au bout de 10 h. d'étuve, les bouillons de culture présentent déjà de nombreux petits flocons blanchâtres. Au microscope, on voit des sphéro-bactéries isolées ou en huit de chiffre animées de mouvements et identiques à celles que les préparations avaient révélées. On y trouve aussi de longs chapelets ou streptocoques. L'étude d'un des nuages développés dans les bouillons de culture montre un enchevêtrement de chaînettes sans nombre, d'où le nom de *streptococcus plicatilis* que l'auteur donne au nouveau microbe. Ce qui étonne le plus dans ces études, dit M. Lemaistre, c'est la rapidité de développement des micro-organismes qui, en quelques heures, se multiplient dans des proportions incalculables.

Dans tous les flacons ensemencés, le même microbe s'est toujours rencontré sans mélange d'aucune autre espèce.

Poursuivant son enquête, M. Lemaistre a cherché dans les eaux potables qui alimentent certaines écoles et certains quartiers de la ville de Limoges, le microbe de la perlèche. Un enfant de l'école des Feuillants atteint de la maladie habite un des faubourgs éloignés de la ville et boit dans un seau de zinc l'eau puisée à une fontaine de la prairie voisine. Les parents assurent que la perlèche est fréquente dans le quartier ; une femme déclare que ses enfants ayant quitté le faubourg pendant deux ans, ont vu cesser la perlèche qui les a atteints de nouveau à leur retour. Muni de ces renseignements, le Dr Lemaistre recueillit avec une pipette stérilisée et scellée, les dernières gouttes qui restaient au fond du seau ; il puisa de la même façon dans les couches profondes de la fontaine et, après un examen microscopique qui ne lui permit pas de distinguer le *streptococcus* qu'il cherchait, il ensemença 20 flacons Pasteur contenant des bouillons stérilisés.

Après 10 heures d'étuve à 30°, les flacons étaient troubles ; après 30 heures, ils présentaient des nuages. Au microscope, on observe une grande quantité de bactéries très mobiles et quelques diplocoques, mais rien permettant d'affirmer l'existence du streptococcus plicatilis arrivé à son plein développement. Pour discerner, dans les nombreuses colonies de ses bouillons de culture, le microbe qu'il poursuivait, M. Lemaistre

(1) *De la Perlèche. Du streptococcus plicatilis.* Limoges, 1886, et *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, nos 4, 5 et 6, 1886, avec figures.

© BIU Santé

s'est servi des gelées de *fucus crispus* préparées par la méthode du Dr Miquel et étalées sur du papier bristol. « J'ai plongé, dit-il, pendant quelques minutes ce papier préparé dans les derniers bouillons fécondés que j'avais eu la précaution d'étendre d'eau stérilisée pour diminuer le nombre des centres de culture. Après quelques jours passés à l'étuve, j'ai vu se développer un grand nombre de colonies bien séparées les unes des autres. » Quelques-unes ne contenaient que des diplocoques qui, mis dans des bouillons, ont reproduit de beaux échantillons de *streptococcus plicatilis*. La preuve était donc faite ; le microbe de la perlèche est le même que celui qu'on retrouve dans certaines eaux potables ; la maladie provient donc de l'usage de ces eaux.

Les explications relatives à l'origine et à la propagation de la maladie fournies par M. Lemaistre sont très vraisemblables : dans les eaux stagnantes, dans les fontaines et dans les puits infestés vivent les organismes de la perlèche sous forme de micrococci. Puisés dans les seaux, dans les cruches, portés dans l'atmosphère plus chaude des cuisines, ils se développent et prennent la forme de chaînettes. Le godet en bois, toujours humide, presque toujours ébréché, jamais lavé, où viennent se désaltérer toutes les personnes de la famille et aussi les étrangers, sert à porter le microbe aux lèvres de l'enfant ou à ensemencer le seau si le buveur a la perlèche et plus tard la fontaine ou le seau infesté ira puiser l'eau. C'est donc un véritable cercle vicieux. Si le microbe se cantonne sur les commissures labiales, c'est parce qu'il est anaérobie, d'après Lemaistre, et qu'il trouve en ce point une humidité constante et un abri suffisant.

Toutefois, les conditions d'existence que lui offrent les commissures labiales sont loin d'être parfaites ; le microbe se multiplie mal, se développe incomplètement et disparaît en quelques semaines. C'est à cette circonstance heureuse qu'on doit la grande bénignité de la maladie.

Voici maintenant quelques données statistiques empruntées à l'enquête que M. Lemaistre a établie pour la ville de Limoges : sur 5500 enfants environ qui fréquent les 32 écoles primaires de cette ville, 312 sont atteints, soit 1/17. Toutes les écoles ne sont pas également frappées ; quelques-unes ne présentent aucun cas, d'autres en ont un grand nombre. Ces dernières sont celles qui, d'après leur situation, reçoivent les élèves des faubourgs éloignés où l'eau de la ville n'est pas distribuée et où les habitants n'usent que de l'eau de puits et de fontaine. Ces chiffres recueillis dans la saison froide ne représentent qu'un minimum ; au printemps et en été, la perlèche prend une extension plus considérable. De ce que les études de M. Lemaistre n'ont embrassé que la ville de Limoges, il ne s'ensuit pas que la maladie soit étrangère aux autres villes et aux autres départements. Dans un village du Périgord que l'auteur visitait, il y a quelques mois, la majorité des enfants étaient atteints de perlèche. Occupons-nous du traitement et de la prophylaxie ; le traitement est des plus simples : les attouchements des commissures avec le sulfate de cuivre, l'alun, sont très efficaces. L'acide borique n'agit pas et M. Lemaistre s'est assuré que le *streptococcus plicatilis* se développe facilement dans les bouillons boriqués. D'ailleurs, le traitement n'a pas une grande importance, la maladie marque une tendance naturelle à guérir et les soins de propreté seuls suffisent dans la majorité des cas à la faire disparaître. Mais le mal récidive aisément et la prophylaxie mérite d'attirer l'attention. C'est dans le seau que les germes se développent et se cultivent naturellement ; il faut donc veiller à la propreté absolue de ce réceptacle.

M. Lemaistre conseille de le flamber avec quelques copeaux de bois ou d'y verser de l'eau bouillante. Ces petits moyens peuvent bien empêcher la contagion et arrêter la propagation de la maladie. Mais si les puits, les fontaines sont contaminés, l'affection se reproduit fatalement. Dans ce cas, on doit songer à un nettoyage complet ou à un abandon définitif ou momentané de ces sources.

Enfin, les médecins inspecteurs des écoles ont le droit et le devoir de s'opposer à cette promiscuité des enfants et à ces habitudes traditionnelles de malpropreté qui entretiennent et propagent la perlèche comme une foule d'autres maladies parasitaires de l'enfance.

Il y a donc, dans l'intéressant travail de M. le Dr Justin Lemaistre, une question d'hygiène scolaire à côté de la question scientifique qui fait le plus grand honneur à notre confrère.

Nous nous permettrons, en terminant, une légère critique à laquelle il sera facile de donner satisfaction par de nouvelles recherches. Notre confrère, après avoir trouvé le microbe de la perlèche, est parvenu à le cultiver avec succès. Pourquoi donc s'est-il arrêté en si beau chemin ? Pourquoi n'a-t-il pas essayé de reproduire la maladie à l'aide de ses cultures ? Etant données la bénignité de la perlèche et l'innocuité de la thérapeutique, M. Lemaistre était parfaitement excusable d'inoculer quelques enfants avec les microbes de ses cultures. Cette expérience décisive manque au remarquable travail de M. Lemaistre.

J. Comby.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

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

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

COURS DE VACANCES. — Pendant les mois d'août et septembre prochains, *un cours pratique de bactériologie* aura lieu au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. On s'inscrit d'avance au laboratoire du professeur Cornil à la nouvelle École pratique.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 juillet 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. V. Cornil décrit un procédé de *division indirecte des cellules par trois dans les tumeurs*, tel qu'il l'a reconnu sur des épithéliomes enlevés par MM. Verneuil et Terrillon. La disposition trilobée du filament nucléaire chromatique est le premier stade de la division qui aboutira à la constitution de trois cellules nouvelles. Dans un second stade, les trois plaques chromatiques sont tout à fait séparées les unes des autres, bien qu'elles possèdent encore à leur surface quelques fragments de filaments grêles et courts qui sont libres à leur extrémité. Enfin, dans une dernière phase, chacune des plaques chromatiques est entourée d'une zone claire et d'un protoplasma. Les cellules ainsi formées sont globuleuses et relativement petites, du même volume que les cellules filles qui résultent de la division d'une cellule en deux. Les cellules qui offrent les divers stades de la division par deux sont ovoïdes, tandis que celles qui présentent la division par trois sont sphériques.

M. S. Lewachew continue ses recherches sur *le rôle des nerfs dans la circulation de la lymphe*. De ses nouvelles expériences, il conclut que la production lymphatique est exclusivement en rapport avec de simples conditions hydrodynamiques, que les nerfs n'agissent qu'indirectement sur la circulation de la lymphe, en modifiant l'afflux du sang dans la partie correspondante et, en outre, en faisant varier la perméabilité des parois des vaisseaux sanguins.

M. J. Künckel étudie *l'appareil odoriférant de la punaise des lits*. Cet insecte possède, depuis son éclosion à l'état de larve et de nymphe, trois glandes odorifiques abdominales dorsales, qui disparaissent lors de la dernière mue et sont remplacées, à l'état adulte, par un appareil glandulaire métathoracique sternal. La présence de cet appareil est un critérium qui permet de démontrer que la punaise est arrivée au terme de son évolution.

M. A. Giard détermine l'*influence de certains parasites Rhizocéphales sur les caractères sexuels extérieurs de leur hôte*.

MM. Heckel et Schlagdenhaufen ont *extrait le principe actif fébrifuge des graines de Bonduc*. Le principe amer dont ils ont fixé la composition résume en lui les propriétés thérapeutiques de la graine : à la dose de 0,10 à 0,20, il agit avec autant de sûreté que les sels de quinine contre les fièvres intermittentes. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 juillet 1886.—Présidence de M. Bouchereau.

M. R. Blanchard fait une communication sur un cas remarquable de *polythélie*. Un individu, présentant deux mamelons surnuméraires, à quelques centimètres au-dessous des mamelons normaux, a eu treize enfants : les six filles ne présentaient rien d'anormal ; chacun des sept garçons était, au contraire, muni de deux mamelons surnuméraires, disposés de la même façon que chez le père et plus ou moins développés. L'anomalie s'est transmise encore aux enfants mâles de la deuxième génération. Le plus jeune des fils s'est marié et a eu cinq enfants : une fille, qui ne présente rien d'anormal, et quatre garçons, qui sont tous porteurs de mamelons surnuméraires, exactement disposés comme chez leur père, leur grand-père et leurs six oncles. Quelques-uns sont morts jeunes ou sans enfants ; d'autres n'ont eu que des filles, dépourvues de mamelons surnuméraires.

M. Luys demande si l'auteur a observé le cas inverse, l'absence d'une ou des deux mamelles, ce à quoi M. Blanchard répond qu'il ne connaît dans la science qu'une observation de M. Jullien, relative à l'absence d'une mamelle chez une chèvre.

M. Dupuy expose un cas d'anaphrodisie par le café ; de là discussion entre MM. Laborde, Pouchet et Gellé, il résulte que le café est parfois aussi un aphrodisiaque et que ses effets sont très variés et très variables suivant les individus et surtout suivant la nature et le mode de préparation du café.

M. Laborde présente des tracés relatifs au travail du muscle cardiaque.

M. Ch. Richet compare ce travail à celui du muscle ordinaire.

MM. Grimaux et Lefebvre présentent le résultat de leurs recherches sur le glycose.

M. Gilles de la Tourette remet une note intitulée : *Contribution à la détermination de la nature microbienne des efflorescences cutanées d'origine syphilitique. — Du traitement du psoriasis palmaire et plantaire par les bains locaux de sublimé*. (Sera publiée.)

M. Ch. Féré communique une série de pesées de *cerveaux* qui montre que le poids de l'encéphale diminue avec l'âge, mais que, à âge égal, le poids est plus considérable chez les sujets dont la suture métopique est restée perméable.

MM. Charrin et G.-H. Roger présentent des intestins de lapins et de cobayes sur lesquels on peut étudier, à tous les degrés, les altérations déterminées par des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sublimé en solution aqueuse à 0,025 p. 100 et 0,1 p. 100 (expériences faites au laboratoire de M. Bouchard). Sur ces intestins, on observe des lésions commençant par des hémorrhagies, allant jusqu'à la gangrène et produisant des ulcérations superficielles par élimination de l'eschare. Prévost et d'autres avaient obtenu seulement des ecchymoses et des hémorrhagies. Il semble, d'après les expériences des auteurs, qu'une dose unique agisse d'une façon plus intense qu'une dose même supérieure, distribuée en plusieurs jours. Ainsi, chez un cobaye de 500 gr., 2 milligr. placés sous la peau peuvent provoquer l'apparition d'ulcérations, alors que 5 milligrammes administrés en 18 jours, et 3 milligr. en 6 jours peuvent rester sans effet. Si on se permet de tirer pour la pathologie humaine quelques conclusions, on verra que pour un homme de 60 kilogr. il faudrait, en se servant de la même voie d'introduction, et en supposant les susceptibilités égales, donner 0 centigr.24 et une dose à 0 gr. 6 dans l'espace de 6 jours pour amener parfois des accidents. Le siège de ces ulcérations et leur aspect permettent le plus souvent d'en reconnaître la nature. Dans ces derniers temps, quelques auteurs, voulant trop complètement peut-être, innocenter le sublimé, ont attribué à l'infection (diarrhée septique) l'apparition des accidents survenus chez des malades, chez des puerpuérales en particulier, soumises à des injections intra-utérines de sublimé. Sans vouloir nier en rien le rôle de l'infection, les auteurs font remarquer que ce facteur ne saurait être invoqué chez leurs animaux, et tout en reconnaissant les admirables propriétés antiseptiques du sublimé, il n'est peut-être pas inutile de montrer quelques-uns de ses inconvénients.

Elections : M. Balzer est nommé membre titulaire de la Société. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juillet. — Présidence de M. U. Trélat.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire, dans la section de pathologie médicale. Sont présentés : *en première ligne*, M. Bouchard ; *en seconde ligne*, M. Damaschino ; *en troisième ligne*, M. Cadet de Gassicourt ; *en quatrième ligne*, M. Duguet ; *en cinquième ligne*, M. Dieulafoy.

Au premier tour de scrutin, sur 71 votants, M. Bouchard obtient 67 voix, M. Damaschino 2, M. Cadet de Gassicourt 1 et M. Dieulafoy 1 voix. En conséquence, M. Bouchard ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie de médecine.

M. Richelot donne lecture d'une observation *d'hystérectomie dans un cas de cancer de l'utérus*.

© BIU Santé

M. Polaillon fait la relation d'un cas de *néphrectomie pour un rein flottant occasionnant de violentes crises douloureuses.*

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. A. Damalix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 juillet 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Troisier présente un malade atteint de cirrhose atrophique qui a vu survenir en huit jours une ascite assez considérable. On le soumit exclusivement au régime lacté et en huit jours l'ascite disparut. M. Troisier croit qu'il s'agit là d'un de ces faits rares où l'ascite peut se guérir sans ponction lorsqu'elle est traitée peu de temps après son apparition.

M. Moutard-Martin a vu deux cas où l'ascite a été guérie par des purgatifs drastiques répétés pendant plusieurs jours ; il s'agissait bien là de cirrhose atrophique ; mais la guérison n'a été que temporaire et l'ascite s'est reproduite après un ou deux mois.

M. Richard a observé un cas de cirrhose atrophique avec ascite considérable ; on fit trois ponctions et l'ascite disparut pour ne plus revenir qu'en très faible quantité un an après.

M. Féréol a soigné jadis un alcoolique avéré avec ascite énorme qui ne se reproduisit plus après deux ponctions; quelque temps après, il eut une pleurésie dont le liquide était hématique et qui disparut après la seconde ponction. Or, depuis plusieurs mois, ce sujet est en bon état ; rien ne s'est reproduit.

M. Legroux se rappelle avoir vu, en 1859, dans le service de son père, à l'Hôtel-Dieu, un alcoolique avec ascite énorme se reproduisant régulièrement en trois mois après qu'on l'avait fait disparaître au moyen des purgatifs drastiques répétés. Il mourut au bout de trois ans et on constata une cirrhose atrophique typique. — Un second malade qu'il observe encore, obèse, glycosurique et albuminurique fut ponctionné plusieurs fois ; son foie était petit. Actuellement, le régime lacté et des purgatifs répétés ont fait disparaître l'ascite et le sucre, et l'albumine est très diminuée.

M. Labbé croit que souvent des ascites survenant rapidement avec un peu de fièvre sont dues à une phlébite de la veine-porte, affection beaucoup plus fréquente qu'on ne croit.

M. Guyot, au contraire, la croit rarissime, depuis trente ans il en cherche un cas sans succès.

La Société se forme en comité secret. L. Capitan.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

V. Des tumeurs du larynx; par le Dr Ch. E. Schwartz. — J. B. Baillière et fils, 1886.

V. Le larynx, comme la plupart des régions de l'économie, peut être envahi par deux sortes de tumeurs; les unes, qui n'offrent de péril que par l'obstacle qu'elles apportent au fonctionnement de l'organe qu'elles atteignent; les autres, parce que, éminemment envahissantes, elles n'ont pas seulement une grande tendance à infester les régions avoisinantes, mais encore, par leur nature même, possèdent un pouvoir cachectisant qui est comme leur caractéristique. M. Schwartz étudie donc les tumeurs du larynx dans trois grands chapitres. Le premier est consacré aux tumeurs *bénignes*, le second aux néoplasies *malignes*, le troisième comprend le traitement ou plutôt les traitements de ces différentes tumeurs.

M. Schwartz étudie par conséquent, en premier lieu, les tumeurs bénignes; il en fait deux groupes : 1° les tumeurs bénignes développées aux dépens des parties molles; 2° celles qui naissent de la charpente laryngée. L'auteur considère d'abord les néoplasies bénignes des parties molles suivant leur siège; elles sont en effet intra-glottiques, sous-glottiques, sus-glottiques; après quoi, il les envisage suivant la variété anatomique dont elles dépendent. Il étudie ainsi successivement les papillomes, les fibromes, les myxomes, les adénomes, les angiomes, les lipomes, les kystes. Le chapitre suivant est consacré à l'étude des tumeurs développées aux dépens des cartilages et ligaments.

Puis M. Schwartz passe en revue les causes efficientes et prédisposantes qui peuvent déterminer ou favoriser l'apparition de ces tumeurs. Les chapitres suivants (IV, V et VI) sont réservés à l'étude de la symptomatologie, de la marche, de la durée, de la terminaison, du diagnostic de ces néoplasies laryngées de nature bénigne.

M. Schwartz suit le même plan pour l'étude des néoplasies malignes et étudie leur anatomie pathologique suivant le siège qu'elles occupent et la variété anatomique à laquelle elles appartiennent, faisant aussi la description anatomo-pathologique des sarcomes, des cancers, etc., pour étudier ensuite leur étiologie, leur symptomatologie, etc.

Le traitement des tumeurs du larynx occupe la troisième partie : il représente la moitié de l'ouvrage total, et il est impossible de donner en quelques lignes une idée, si incomplète qu'on la suppose, de cet énorme travail éminemment pratique et qui doit être absolument lu. Voici en quels principes l'auteur résume lui-même le traitement des tumeurs laryngées :

Pour les tumeurs bénignes : Quand il y a des menaces de suffocation, l'incision des voies aériennes est une opération urgente. La méthode endolaryngée doit, dans toutes les circonstances, autant que le comportent les indications que nous avons données, être la méthode de choix; la laryngotomie constitue une opération de nécessité, mais devant laquelle le chirurgien ne doit pas reculer du moment qu'il n'a rien obtenu et ne peut rien obtenir de sa rivale.

Pour les tumeurs malignes : On a tenté la cure radicale par des opérations chirurgicales merveilleusement combinées; l'on a osé s'attaquer à la continuité du tube respiratoire lui-même, enlevant largement et complètement les parties malades; on y était d'autant plus engagé que, de tous les cancers, c'est peut-être celui qui reste localisé le plus longtemps, qui affecte le plus rarement les ganglions et l'économie; le succès opératoire a répondu, dans un certain nombre cas, à ces louables efforts et a démontré jusqu'où peut aller la médecine opératoire; mais le succès thérapeutique n'a pas été obtenu, loin de là.

Pour toutes ces raisons, nous croyons que la trachéotomie et les moyens que nous avons passés en revue resteront encore le plus souvent le seul traitement palliatif des accidents que provoquent les tumeurs malignes du larynx, tant que nous ne connaîtrons pas leur origine et leur nature intime, tant au moins qu'un diagnostic précoce et précis ne nous permettra pas de les découvrir dès leur première apparition.

Telle est la thèse de M. Schwartz, recueil d'un nombre considérable de faits, arrangés suivant une excellente méthode, critiqués et commentés avec cet esprit chirurgical et scientifique que tout le monde reconnaît au nouvel agrégé de la Faculté. C'est là une analyse bien incomplète, mais nous serions bien plus incomplets encore si nous ne signalions l'historique tout à fait remarquable qui se trouve en tête de chacune des deux premières parties et l'index qui termine l'ouvrage, et où l'auteur donne une fois de plus la preuve de son érudition si connue.

Donc, monographie des plus complètes, véritable traité de thérapeutique des tumeurs laryngées, où le praticien ira chercher la conduite à tenir dans ces cas si délicats et si difficiles; bibliographie considérable où le chirurgien puisera bien longtemps pour l'étude des néoplasies des voies aériennes : telle est en deux mots l'œuvre.

VI. Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire; par le Dr Dénucé. — Paris, 1886.

VI. M. Dénucé étudie dans son travail les tumeurs et les calculs de la vésicule biliaire. L'intérêt qui s'attache à l'étude des néoplasies de la vésicule biliaire n'est pas un intérêt thérapeutique ; c'est surtout à cause de leur importance au point de vue du diagnostic qu'elles doivent être envisagées. Les tumeurs sont la plupart du temps malignes, et, sauf quelques rares exemples de polypes, des calcifications de la vésicule, c'est surtout à des cancers de cet organe qu'on a affaire, cancers que l'auteur étudie avec soin au point de vue anatomo-pathologique et clinique.

Le chapitre II est consacré à l'étude des calculs de la vésicule biliaire. M. Dénucé n'étudiera ceux-ci qu'au point de vue

© BIU Santé

chirurgical. Après avoir fait rapidement l'histoire de la structure des calculs que l'on rencontre le plus souvent dans la vésicule, et celle de la colique hépatique, M. Dénucé passe en revue les accidents d'ordre chirurgical que provoque la présence de ces corps étrangers, les modificateurs et surtout l'hypertrophie de cette vésicule et l'issue des calculs hors de la vésicule par un trajet accidentel. Nous trouvons ainsi exposées les différentes fistules, les phlegmons et les fistules cutanées calculeuses (chapitre III).

Dans le chapitre suivant, M. Dénucé envisage les accidents produits par l'oblitération du canal cystique, l'hydropisie et l'empyème de la vésicule biliaire; après quoi il passe à ceux qu'occasionne l'oblitération du canal cholédoque, qu'elle soit produite par des calculs ou par des néoplasmes, qui peuvent agir soit en envahissant ce canal, soit en le comprimant (tumeur biliaire, augmentation de volume du foie, etc.) Le diagnostic est traité dans le chapitre V d'une manière des plus complètes, et M. Dénucé passe en revue le diagnostic différentiel des affections de la vésicule avec les maladies qui peuvent prêter à la confusion : abcès, kystes hydatiques du foie, hydronéphroses, etc... puis le diagnostic des tumeurs de la vésicule entre elles et de leurs causes; il insiste, comme moyen d'exploration, sur la ponction et l'incision, à laquelle il donne la préférence sans réserve.

Les cinq derniers chapitres concernent l'intervention chirurgicale. L'historique de cette intervention, qui occupe un de ces chapitres tout entier, est des plus complets. Nous n'essayerons pas de résumer ces chapitres, nous dirons seulement que l'auteur les a rédigés avec une précision qui en feront une source à consulter à tous les points de vue.

Donnons en deux mots les conclusions de l'auteur. Peu souvent on aura à intervenir dans les néoplasmes de la vésicule, cependant on pourra songer à la cholécystectomie dans les cas de néoplasie limitée. Cette opération pourra également être indiquée dans les cas de cholélithiase simple avec fréquentes et intenses coliques hépatiques, rebelles à tous les moyens médicaux; dans les cas de fistule cutanée, on devra, après avoir évacué tous les calculs contenus dans le cholécyste dilater doucement ou rapidement le trajet. Dans les cas de tumeur calculeuse, si les conduits biliaires sont libres, on pourra réséquer la vésicule. Cette résection sera de même indiquée dans l'hydropisie de la vésicule due à une sténose cicatricielle, et si la cause réside dans un calcul simplement engagé dans le col du réservoir biliaire; si le calcul, au contraire, est engagé dans le canal, c'est la cholécystectomie à laquelle on aura recours; c'est elle aussi que l'on pratiquera dans l'empyème de la vésicule; l'établissement d'une fistule biliaire pourra remédier aux accidents immédiats de l'occlusion du canal cholédoque. Enfin, cette fistule biliaire, qu'on devra respecter dans le cas d'occlusion permanente du canal cholédoque, pourra être traitée par l'autoplastie quand on sera sûr de la perméabilité de ce canal.

M. Dénucé a donc écrit là un travail des plus intéressants qui sera lu avec le plus grand profit, car si la clinique et la thérapeutique des tumeurs de la vésicule et de ses calculs y sont traitées dans des pages d'une parfaite clarté, et dont la lecture est encore rendue plus facile par d'excellents résumés qui précèdent chaque chapitre, le chirurgien qui voudra faire des recherches sur les sujets qui sont traités dans cet ouvrage y trouvera des indications bibliographiques nombreuses qui constituent, elles aussi, un des mérites de cette thèse.

CORRESPONDANCE

La Société Rodolphinienne et son Ecole d'Infirmières.

Vienne, 17 juin 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je vous disais dans ma dernière lettre que, ce que les pouvoirs publics n'avaient pu ou su faire, M. le professeur Billroth le tentait en ce moment à l'aide de l'initiative privée. En un mot, le savant maître de Vienne a constitué la société Rodolfinienne (*Rudolfiner Verein*) qui s'est donné la tâche de former des *infirmières laïques modèles* pour l'Autriche entière. Je commencerai par faire l'histoire de cette société à l'aide des documents et des indications orales que je possède. J'en analyserai le développement moral et financier ; cette analyse, qui me paraît seule logique, parce qu'elle peint les fluctuations diverses d'une aussi grande entreprise, aura, suivant moi, l'avantage de mettre progressivement en évidence, non seulement les phases vitales de l'individualité sociale en question, mais encore les services rendus par elle au fur et à mesure de l'accroissement de ses ressources, car chacune de ses créations émane et de son extension et de l'augmentation de sa fortune. On peut distinguer trois périodes dans cette évolution. Une première phase s'étend de 1875-1879. Elle représente le fonds même de l'idée prenant corps sous le nom de *comité fondateur* de la société Rodolfinienne destinée à élever et à entretenir un hôpital en pavillons séparés, à l'aide duquel on soit en mesure de former, d'éduquer des infirmières pour soigner les malades et les blessés à Vienne. Une seconde période comprend les années 1880-1884. Le projet d'organisation générale a déjà porté ses fruits ; la société s'est procuré aux environs de la ville une propriété qu'elle accroîtra ultérieurement. Cette propriété se compose d'un certain nombre de terrains et de villas qu'on pourra adapter au but à atteindre, en attendant qu'on soit assez riche pour construire des édifices conformes aux exigences de la science moderne. L'insurrection de l'Herzégovine vient pour ainsi dire fouetter, stimuler l'activité des bienfaiteurs; on nomme une sous-commission chargée de parer aux éventualités d'une guerre, et cette sous-commission fait construire sur les propriétés acquises un baraquement qu'elle utilise sur-le-champ; en un mot, l'hôpital provisoire est né (1882). Enfin, avec l'année 1885, nous entrons dans l'ère de la pleine réalité ; on ne se contente plus d'approprier le baraquement à l'hospitalisation de grands malades, ni de traiter dans les villas modifiées à cet usage d'autres pensionnaires, on édifie de toutes pièces d'après les plans adoptés dès le début par le comité, un véritable pavillon. Aujourd'hui, la Société Rodolfinienne a son hôpital où elle reçoit ses malades, où elle fait entrer ses élèves infirmières, où elle donne ses leçons, délivre ses diplômes, assiste en des consultations fréquentées les malheureux; elle envoie même en ville plusieurs de ses infirmières, accepte aux cours des élèves externes, et se propose de continuer l'alimentation de l'institution tout entière.

Le besoin de former à Vienne une société composée de membres des deux sexes réunis dans le but d'éduquer des infirmières pour les soins des malades et des blessés, ce besoin est né de la conviction de personnages compétents que les malades ne recevaient pas en Autriche les soins qu'est en droit d'exiger tout homme bien pénétré des indications philantrophiques et scientifiques de la science moderne. De plus, les grandes guerres de 1866 et 1870 ont, comme le dit excellemment M. Billroth, qui est l'âme de cette fondation, montré que le corps de santé militaire se trouve constamment, à un moment donné, au-dessous de sa tâche. Confier cette tâche à des infirmières bien stylées et bien homogènes, ayant acquis une solide éducation, un esprit de corps indissoluble : tels sont les termes dans lesquels le comité fondateur posa dès le principe le problème. Ce n'est pas qu'avant lui on n'eût déjà tenter de perfectionner des infirmières, mais, ainsi que nous l'avons dit dans notre dernière lettre, et comme on en trouve encore la mention dans un mémoire de février 1880, ce projet ne se réalisa pas, parce qu'une telle institution parut très coûteuse, parce que dans les grands hôpitaux on se brisa contre de grandes difficultés, parce qu'enfin on n'inventa aucun moyen de s'attacher les infirmières une fois formées pour le cas de guerre; l'essai fait à l'hôpital général visait en particulier l'introduction d'infirmières en chef meilleures à tous égards, mais les résultats furent défavorables en comparaison de l'élévation des dépenses nécessaires à cette école, et les infirmières ordinaires opposèrent sans cesse au contrôle exercé par leurs surveillantes des résistances qui fomentèrent et entretinrent des luttes persistantes. D'où la volonté d'agir *primo motu*. Les plus hautes personnalités masculines et féminines de l'aristocratie, de la science, de l'industrie, du commerce, de la finance, s'associèrent de tout cœur à cette œuvre ; elles agirent avec une telle énergie, qu'à la fin de 1879, par des procédés que chacun connaît en pareille circonstance (cotisations, bals, représentations de tous genres, donations, etc...), la société possédait 50.000 florins (près de 100.000 francs).

© BIU Santé

On avait décidé que l'on construirait un hôpital, dont MM. Völckner et Gruber avaient dessiné les plans, tout près de la ville, qu'on y distinguerait 2 à 3 pavillons séparés de 20 à 25 lits pour hommes, femmes et enfants, qu'on y admettrait autant de malades payants que possible, mais à des prix relativement modérés, en des chambres de 1 à 3 lits, que cent lits au moins seraient nécessaires. Cet hôpital, avec les bâtiments d'administration, avec la maison de retraite des infirmières y annexée, devait occuper 4.500 à 5.000 toises carrées et coûter 150.000 florins (250.000 francs environ). En supposant que chacun des cent malades exigeât une dépense de 1 florin par jour, on chiffrait 36.500 florins de débours. Quant aux recettes, on prévoyait 15 lits de première classe (5 florins par jour), 15 lits de deuxième classe (2 florins), 70 lits de troisième classe (1 florin), soit une recette totale de 63.875 florins. Il devait donc rester un excédent de recettes de 29.375 florins, excédent suffisant à l'entretien des infirmières, à leurs émoluments, à leur instruction, à la retraite des plus âgées ou des invalides. Mais il ne s'agissait pas de se lancer tête baissée dans cette entreprise, car il fallait prévoir les embarras des commencements, ainsi que la nécessité où l'on se trouvait de stipuler l'existence de lits de fondation pour une somme de 10.000 florins (lits ne rapportant pas à la société), d'hospitaliser d'urgence bien des malheureux, etc... Aussi, la société se borna-t-elle à l'acquisition d'un immeuble sur lequel étaient construites quelques maisons de campagne momentanément utilisables, tout en s'installant en ville, en faisant de la propagande, en pensant à faire des cours à Vienne même. Il faut donc arriver en 1882 pour assister à un commencement d'exécution. L'insurrection de l'Herzégovine pousse l'assemblée générale à assurer le bien-être des soldats qui vont être blessés ; elle vote la construction d'un baraquement et autorise le comité à nommer une sous-commission dite des Blessés. On procède alors à la nomination d'un directeur (le Dr Billroth), d'un médecin en chef, d'un assistant, d'une surveillante en chef. Enfin, après la guérison des derniers blessés, on s'agrandit, on se sert du baraquement comme d'une section hospitalière, on fait dans les immeubles les modifications architecturales indispensables à leur nouvelle fonction et l'on commence, avec cette « Maison Rodolfinienne (Rudolfinerhaus) » en miniature, à posséder une école pratique minuscule d'infirmières. L'examen sommaire de la situation financière de la société et de la statistique montrera, mieux que toute espèce de phrases, son assiette en 1882.

Mouvement des malades.	Réception.		Départs.						Restant.	
			Guéris.		Améliorés.		Non guéris.		Morts.		Fin 1882.	
Traités dans la maison depuis le 30 mai 1882, y compris les 19 soldats malades ou blessés.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
	38	33	27	23	8	0	1	1	0	1	2	8
	71		50		8		2		1		10	

BALANCE AU 31 DÉCEMBRE 1882.

Recettes . . . . . 122.515 fl. 31 kr.

Dépenses.			
Salaires et gages .	2.412 fl.	14 kr.	
Nourriture	4.853	40	
Médicaments et instruments.	1.413	22	
Eclairage	325	56	
Chauffage	276	75	
Blanchissage. . . .	561	63	
Entretien des bâtiments	1.197	11	
Intérêt à 4 0/0 d'une hypothèque de 8.000 florins du 25 avril au 31 décembre 1882 .	222	25	
Contribut., impôts.	1.276	04	
Augmentation de matériel	5.282	55	
Frais d'administration	261	42	
Impressions, etc. .	717	54	
Construction du baraquement. . . .	9.143	12	
Adaptations des vieilles maisons .	8.781	65	
Objets d'hospitalisation (mobilier, instruments, bandages, linges.	7.410	81	
Frais de jardinage.	1.585	25	
Régie générale . .	2.925	71	
	47.587 fl.	15 kr.	

Il reste donc à la Société un excédent de recettes de 74.928 florins 16 kr., mais, comme il convient de mettre toujours de côté un fonds de réserves de 50.000 florins, elle n'a de disponible que 24.928 florins 16 kr. En même temps, elle possède un bien-fonds, des valeurs mobilières et immobilières, évaluées ensemble à 145.971 florins 92 kr., dont il faut défalquer l'hypothèque des 8.000 florins : sa fortune est par suite en chiffres ronds 137.972 florins.

Notons qu'à ce moment la Société compte 620 membres.

Pendant les années 1883 et 1884, l'hôpital ainsi organisé, vit, grâce aux contributions payées par les membres de la Société, aux sommes versées par les malades pensionnaires, à l'apport de nouveaux dons, à l'activité et au désintéressement des médecins et du directeur, des employés. Bien plus, on installe une consultation externe à laquelle on traite les indigents qui s'y présentent, leur fournissant médicaments, bandages, appareils. Une recette extraordinaire entre en outre dans le coffre de la Société, grâce à un grand nombre d'opérations qu'a accepté de faire M. Billroth à la condition d'en verser les honoraires dans la caisse sociale. C'est pourquoi l'année 1884 se solde toujours, en ce qui regarde l'hôpital, par un excédent de recettes de 1.419 florins ; l'hôpital a, en effet, dépensé 34.170 florins, tandis qu'il a encaissé 35.589 florins.

La Société constate dans l'ensemble de sa balance un excédent de recettes de 14.023 florins 84 kr. Elle possède une fortune sociale de 186.103 florins. On a traité dans la maison 285 malades, on y a pratiqué 203 opérations, à la consultation externe sont passés 2.094 patients. Un des facteurs principaux de cette prospérité réside dans l'admission de pensionnaires de 3e classe dans le baraquement, tandis qu'on logeait ceux de 1re et 2e classe dans les villas modifiées. Cependant, on songe déjà à élever le premier pavillon neuf entrevu depuis la fondation de l'œuvre ; commencé en 1884, il est livré et occupé le 19 octobre 1885. Il a coûté tout agencé 96.787 florins 42 kr. L'équilibre de la Société s'en trouvera-t-il ébranlé cette année-là. Nullement, car la balance financière se traduit par un excédent de recettes de 24.493 florins 37 kr., l'hôpital ayant à lui seul fourni un bénéfice de 803 florins 06 kr. Remarquons néanmoins que les pensionnaires de 3e classe qui ne paient que 1 florin 50 kr. coûtent à la Société 2 florins 79 kr., que 600 florins ont été libéralement distribués aux malades venus en consultation, qu'enfin, non seulement, les patients couchés dans les lits dits de fondation, dépensent plus que ne le comportent les sommes affectées à leur entretien, mais qu'on a dans le cours de l'année accordé, à ces indigents, quatre cent trente-deux journées de plus qu'il ne leur revenait ; de même, les pauvres de la commune d'Unter-Döbling, sur le territoire de laquelle est situé l'hôpital Rodolfinien ont, sous forme d'assistance gratuite à l'intérieur, reçu 7.387 florins 92. La Société, par son hôpital a, somme toute, distribué en bienfaits 15.419 florins 61 kr., c'est-à-dire à peu près 9 0/0 de sa fortune. Le nombre des malades traités a atteint 301 ; la policlinique a donné 10.000 consultations. La Société se compose de 638 membres ayant payé 3.300 florins 05. Il ne peut pas y avoir de doute sur l'avenir de l'œuvre, elle est, croyons-nous, bien assise. Nous passerons en revue dans notre prochaine lettre son mécanisme, ses diverses fonctions, les résultats pédagogiques qu'elle a déjà donnés, après avoir décrit aussi minutieusement que possible son outillage.

P. KERAVAL.

VARIA

La succession de M. Legrand du Saulle au dépôt des aliénés de la Préfecture de police.

Nos lecteurs se rappellent sans doute l'article que nous avons consacré à cette question (n° 21, p. 438). Nous avons démontré d'une façon incontestable qu'il y avait incompatibilité entre

© BIU Santé

ces fonctions et celles de médecin chef de service d'un asile d'aliénés. Suivant nous, il ne pouvait pas y avoir de doute. Aussi, n'avons-nous pas été surpris d'entendre M. le ministre de l'intérieur déclarer que M. Ball, s'il était nommé, devait être mis en demeure de donner sa démission de ses fonctions de l'asile Sainte-Anne : c'était écarter sa candidature, M. Ball consentant bien à augmenter le nombre de ses places quitte à en remplir les fonctions de plus en plus irrégulièrement ou par procuration, mais n'étant certes pas assez désintéressé pour abandonner une place qui lui rapporte 13.000 fr. pour une autre qui ne lui donnerait que 2.000 fr. — M. le Préfet de police, qui connait bien la Loi, ne peut guère hésiter plus longtemps à choisir entre M. le Dr Garnier, médecin adjoint du dépôt, inspecteur ees Asiles de la Seine, et M. le Dr Mairet, médecin du quartier d'aliénés à l'hospice de Montpellier et agrégé de la Faculté de médecine de cette ville. (Voir p. 606).

Association française pour l'avancement des Sciences. Congrès de Nancy.

Voici la liste des communications annoncées jusqu'à ce jour et devant être faites à ce Congrès en ce qui concerne le groupe des *Sciences physiques, naturelles et médicales :*

Sciences physiques et chimiques : MM. BERTÈCHE (Georges), chimiste à Valenciennes. — Des substances organiques contenues dans les eaux et les boues thermo-minérales sulfureuses de Saint-Amand (Nord). — BICHAT et BLONDLOT, maitres de conférences à la Faculté des sciences de Nancy. — Sur un nouvel électromètre absolu. — Sur les oscillations du plan de polarisation par la décharge d'une batterie. — BICHAT, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. — Sur la cristallisation des racémates. — Sur un nouveau tourniquet électrique. — CADORET (Eug.), à Paris. — Sur les falsifications des corps gras (huiles, graisses, beurres, etc.). — COLSON, capitaine du génie. — La photographie sans objectif avec chambre noire à simple ouverture. — RABOURDIN (Louis), à Paris. — Etude des phénomènes de la vision binoculaire. — Moyen de faire l'épreuve géométrique de toutes déformations provenant de la perspective binoculaire. — Explication de certains phénomènes par cette méthode géométrique. — RAGONA, directeur de l'Observatoire de Modène (Italie). — Marche diurne de la vitesse des vents en hiver.

Sciences naturelles et médicales : MM. ANDOUARD, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. — Composition du beurre de vache aux diverses époques de la lactation. — Valeur relative de divers fourrages, sous le rapport de la production du lait. — AULT-DUMESNIL, conservateur du Musée, à Abbeville. — Les terrains quartenaires des environs d'Abbeville. — BLEICHER, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — Le lias de Lorraine au point de vue de sa division en houzens paléontologiques. — Le quartenaire de Lorraine au point de vue de sa faune malacologique. — Le bathonien inférieur de Lorraine aux points de vue stratigraphique et paléontologique. — Sur l'origine et la nature de quelques matières premières employées par les populations primitives d'Alsace, de Lorraine et de Champagne. — BLEICHER et BARTHÉLEMY, à Nancy. — Renseignements nouveaux sur la fin de l'âge de bronze en Lorraine. — Sur les progrès récents de l'anthropologie en Lorraine. — Sur les camps retranchés préromains des environs de Nancy. — BOSTEAUX (Ch.), maire de Cernay-les-Reims. — Découverte d'une importante station paléolithique et néolithique aux environs de Reims. — Présentation de divers types de silex taillés recueillis sur cette station. — Cimetières gaulois de la Marne. — Résultats des fouilles pendant les années 1885 et 1886. — Présentation d'objets en bronze et en fer, recueillis dans des sépultures gauloises. — COTTEAU (G.), président de la Société géologique de France, à Paris. — Observations sur quelques espèces d'échinides éocènes. — Note sur un nouveau genre d'échinides de la craie supérieure d'Espagne. — DALEAU (François), à Bourg-sur-Gironde. — Les instruments chelléomoustérien de la caverne de Pair-non-Pair. — DEFRESNE (Th.). — Sur le rôle de la pancréatine dans l'économie, après son arrivée dans la circulation par la voie stomacale. — DELORT, professeur au collège d'Auxerre. — Dix années de fouilles dans la France centrale. — DESHAYES (le Dr), médecin des hôpitaux de Rouen. — De la récidive dans la fièvre typhoïde. — FAUVELLE (le Dr), à Paris. — Limite du bassin parisien sur le territoire d'Hirson (Aisne). — Spongiaires du *grès vert*. — Station moustérienne à Montreuil-sous-Bois, près Paris. — Des différences intellectuelles dans un groupe ethnique donné. — Des causes prochaines de la mort de l'individu dans les maladies. — GAILLARD, archéologue, à Plouharnel. — Le dolmen à double étage de Kervilov, à la Trinité-sur-Mer, et observations sur les dolmens à grandes dalles et ceux à cabinets latéraux. — GAUTHIER (V.), professeur au lycée de Vanves (Seine). — Recherches sur l'appareil apical de quelques espèces appartenant au genre *Hémiaster*. — GUIGNARD (Ludovic), vice-président de la Société d'histoire naturelle de Loir-et-Cher, à Chouzy. — Les silex éclatés des Vornons (Chouzy). — Présentation d'un œuf symbolique trouvé dans une tombe à Blois, et d'un fragment de dolium, présumé de la période des dolmens, trouvé au même lieu. — GRAD (Ch.), correspondant de l'Institut, au Logelbach. — Sur l'existence des formations glaciaires dans le massif du Sinaï. — HABERT, ancien notaire, à Troyes. — Troyes (Aube). — Les dessous d'une partie de la ville aux époques lacustres. — Ossements d'animaux disparus. — Ossements travaillés. — Silex poli, poterie, aux époques gauloise et gallo-romaine, fours à potiers : matrices de moules de potiers ; le potier gaulois MIIDILVS, D barre et ses produits. Fibule gauloise nommée romaine. — Ervy (Aube). — Epoque celtique ; ses tumuli, son gué, le pont des Dames; silex de la période paléolithique, poterie, camp retranché ; lieux de campement des époques gauloise, gallo-romaine et mérovingienne, poterie et mobilier de ces époques. — Le Mériot (Aube) (Beaulieu, hameau de). Epoque celtique, silex de la période paléolithique. Epoque gallo-romaine, camp retranché important, poterie, armes, sépultures, gué pavé sur la Seine et talus murés de 150 mètres environ de longueur. — Pougy (Aube). Découverte de sépultures gauloises ; épée en fer dans son fourreau de même métal ; torque et bouton en bronze, etc. — Villeneuve-au-Chemin (Aube). Epoque celtique, silex taillé de la période paléolithique, gué pavé. Epoque gallo-romaine, voie romaine, dite d'Agrippa ; cimetière, lieu dit la Garenne, lieu dit les Fosses. Mercure, statuette en bronze; petite cuillère en argent, poterie, monnaie. — HENROT (Dr H.), professeur à l'Ecole de médecine de Reims. — De l'anémie pernicieuse progressive. — JOUSSET DE BELLESME (le Dr), directeur des établissements de pisciculture de la ville de Paris. — De l'acclimatation du saumon de Californie dans le bassin de la Seine. — MER (T.), inspecteur adjoint des forêts, à Paris. — Du développement des bulbilles dans l'*Isoetes lacustris* des lacs de Longemer. — De quelques particularités relatives à la végétation de l'*Epicea*. — MORTILLET (Gabriel de), professeur à l'Ecole d'anthropologie, député, à Saint-Germain-en-Laye. — Anthropologie criminelle : la peine de mort et les autres peines au point de vue sociologique. — MORTILLET (Adrien de), à Saint-Germain-en-Laye. — Sur quelques cachettes de fondeurs de l'époque larnandienne. — NOELAS (le Dr F.), à Roanne. — Sur la découverte de silex tertiaires intentionnellement taillés à Perreux, près Roanne (Loire). — OLLIER (le professeur), correspondant de l'Institut, à Lyon. — La chirurgie conservatrice du pied. — PONCET (A.), professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — De la rhinoplastie sur appareil prothétique. — RIVIÈRE (Emile), publiciste, à Paris. — Gisement quaternaire de Neuilly. — Bois fossiles des terrains quaternaires. — Faune des grottes de Menton (oiseaux, poissons et batraciens). — Brèche osseuse aux silex taillés de la Valette. — SOUCHÉ (B.), instituteur à Pamproux. — Le crâne de Salles (Deux-Sèvres). — TESTUT, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille. — Nouvelles recherches anatomiques sur les microcéphales ou *hommes-singes* de Vogt. — Découverte du moustérien au-dessous des gisements solutréens de Langerie-Basse (Dordogne). — TESTUT et DUFOURCET. — Les lits en cailloux observés dans les tumuli de la région sous-pyranéenne. — VIENNOIS (le Dr), à Lyon. — L'ostéotomie du nez comme opération préliminaire, pour l'extraction des tumeurs profondes des fosses nasales et du pharynx. — VILANOVA Y PIERA, professeur à l'Université de Madrid (Espagne). — Sur le terrain éocène d'Alicante. — Sur le cuivre et dernières découvertes préhistoriques en Espagne.

Voici encore le titre d'autres communications qui seront faites à ce Congrès :

Sciences physiques et chimiques : MM. BUZIN. — Sur les types du temps en Italie. — CARNOT (A.), ingénieur en chef des mines, à Paris. — Séparation et dosage du cuivre, du cadmium, du zinc, du nickel. — Séparation de l'étain, de l'antimoine et de l'arsenic. — Analyses des alliages usuels. — Méthode calorimétrique pour l'estimation du soufre dans les fontes. — Séparation de l'alumine et de la glucine. — CHARPENTIER (A.), professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — Recherches sur la photométrie. — CLERMONT (de) et CHAUTARD. — Sur les combinaisons de la quinone avec les phénols. — COLSON, répétiteur à l'Ecole polytechnique, à Paris. — Sur les méthylbenzines. — Relations entre les propriétés physiques et chimiques de certains composés organiques. — DEMANGEON. — Climatologie des Vosges. — L'hiver 1879-80 à Epinal, avec carte des minimas de température dans les Vosges. — Rose météorologique pour la prévision des temps. — FRANCHIMONT (A.-P.-N.), professeur à l'Université de Leyde. — Sur l'acide azotique et son action sur les corps orga

© BIU Santé

niques. — GRAD (Ch.), correspondant de l'Institut au Logelbach. — Observations météorologiques en Nubie et dans l'Arabie Pétrée. — Service météorologique en Alsace-Lorraine. — Tremblement de terre de 1886, en Alsace. — Climat des Vosges. — HÉNOCQUE (Dr), directeur-adjoint du laboratoire de médecine de l'Ecole des hautes études au Collège de France, à Paris. — Présentation d'hématoscopes et d'hémato-spectroscopes. — HENRY (L.), professeur à l'université de Louvain. — Sur la volatilité dans les composés carbonés, notamment dans les composés renfermant la chaine normale ≡ C — $(C H^2)^n$ - C ≡. — HENRY. — Observations météorologiques faites à Allain. — LORIN, préparateur à l'Ecole centrale, à Paris. — Sur le carbonate de méthyle. — Les ammoniaques composés. — Une expérience de synthèse. — Documents historiques relatifs à Dumas. — MAZE (l'abbé), à Paris. — Sur les orages de Normandie. — De quelques périodes climatologiques. — De l'établissement des stations conjuguées sur la flèche de la cathédrale de Rouen et les collines voisines. — MILLOT, ancien officier de marine, à Nancy. — Méthode pour représenter la distribution de la température le long des méridiens, avec diagrammes. — MOUREAUX, météorologiste au Bureau météorologique, à Paris. — Nouvelles cartes magnétiques de la France. — PIERSON, ancien instituteur, à Vézelise (Meurthe-et-Moselle). — Observations sur les brouillards de mars et leurs conséquences en pluies, en gelées, en mai, avec quelques remarques générales sur les productions diverses et annuelles du pays. — RACLOT (l'abbé). — Sur les orages de la Haute-Marne. — Marche de la température sur le plateau de Langres. — RACONA (Domenico), directeur de l'observatoire de Modène. — Marche diurne de l'évaporation. — RAYMOND, à Achères. — Néphiscope azimutal pour observer les nuages électriques au zénith. — ROGER (A)., à Epernay. — Appareil pour la démonstration de la théorie de l'arc-en-ciel. — TEISSERENC DE BORT (L.), chef du service de météorologie générale au Bureau central météorologique de France, à Paris. — Sur la répartition de la nébulosité à la surface du globe. — Sur la réduction du baromètre au niveau de la mer. — VINCENT (Camille), professeur à l'Ecole centrale, à Paris. — Sur les diettripropylamines normales. — VINCENT (C) et CHAPUIS, professeurs à l'Ecole centrale, à Paris. — Sur les températures et quelques pressions critiques de quelques composés homologues. — ZENGER (Ch.-V.), professeur à l'université de Prague. — La météorologie du soleil et du système solaire et l'héliophotographie (avec projections à la lumière électrique).

Sciences biologiques : MM. APOSTOLI (Dr G.), à Paris. — Sur un nouveau traitement de l'*endométrite* par la galvano-caustique chimique. — ASSAKY, à Paris. — Sur le développement de l'ovaire. — BOUCHERON (Dr), à Paris. — Sur quelques scrofulides bénignes micrococciennes, impétigo, conjonctivite phycténulaire, acné pilaire, nasal et palpébral (blépharite). — CHARPENTIER (A.), professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — Méthodes et instruments pour explorer les fonctions visuelles. — DEBIERRE (Dr), agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — De la trompe de Fallope; situation de l'oviducte dans le ligament large, sa structure, ses altérations pathologiques comme causes de stérilité. — HÉNOCQUE (Dr), directeur adjoint du laboratoire de médecine de l'Ecole des hautes études au Collège de France, à Paris. — Des applications de l'hématoscopie à la physiologie et à la clinique. — MANOUVRIER (Dr L.), professeur adjoint à l'Ecole d'anthropologie de Paris. — Etudes de quelques points relatifs à la délimitation de l'anthropologie. — Contribution à l'anthropologie artistique : « Etude sur le profil grec. » — ROCHARD (Dr), membre de l'Académie de médecine, à Paris. — Traitement des fièvres intermittentes rebelles. — TOPINARD (Dr P.), professeur à l'Ecole d'anthropologie, à Paris. — De la carte de la couleur des yeux et des cheveux en France.

Le concours d'agrégation en anatomie.

Rien ne pouvait mieux montrer, en dehors du principe, l'importance et la nécessité de l'introduction d'une épreuve de physiologie expérimentale parmi les épreuves pratiques du concours d'anatomie et de physiologie, que la manière dont cette épreuve a été concours d'anatomie et de physiologie réalisée par les candidats. La question donnée est un sujet pour ainsi dire classique de physiologie expérimentale : « *Section du sympathique cervical chez le lapin; excitation du bout périphérique.* » Il ne nous appartient pas de porter un jugement individuel; mais il nous sera permis de dire que, d'une façon générale, il a été facile de s'apercevoir combien la plupart des candidats, quoique ayant certainement prévu cette question parmi les plus probables, se sont montrés peu familiers avec les plus vulgaires principes de l'expérimentation, les uns saisissant délibérément le lapin à opérer par les oreilles, et le tenant ainsi suspendu et se débattant, de façon à rendre presque impossible la constatation objective de l'état des vaisseaux auriculaires, qui est le résultat capital de l'expériencedont il s'agit; d'autres, oubliant d'appliquer le mors de Czermack pour fixer la tête et le cou, ou ne paraissant pas se douter de l'existence de cet appareil, d'autres s'efforçant de le mettre en place avant d'avoir fixé l'animal par les pattes, etc., etc.

C'est à peine si deux ou trois ont prouvé par leur façon d'opérer, qu'ils avaient fréquenté les laboratoires d'expérimentation. Si l'on entend faire des agrégés capables d'un véritable enseignement de la physiologie; il y a lieu, la preuve en est faite, de donner à cette épreuve pratique toute l'importance qu'elle comporte, en obligeant le candidat à s'y préparer sérieusement. (*Tribune médicale*).

Réorganisation du service de santé de la marine.

I. — RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction un projet de décret portant réorganisation du service de santé de la marine. Cette réglementation nouvelle a été élaborée dans le but de mettre fin aux retraites prématurées et aux démissions fréquentes, motivées par la lenteur de l'avancement et l'inégale répartition des charges du service à la mer ou aux colonies entre les officiers du corps de santé. J'estime que les mesures proposées, impatiemment attendues par les intéressés, sont de nature à assurer, dans les conditions les plus favorables, la bonne marche de ce service important, et je vous prie de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, etc.

Le ministre de la marine et des colonies,

DÉCRET : Le Président de la République française. Vu le décret du 7 août 1885, portant réorganisation du service de santé de la marine : Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, Le Conseil d'amirauté entendu. Décrète :

TITRE 1er. — *Composition du corps de santé de la marine.*

Art. 1er. — Le cadre du personnel du corps de santé de la marine est fixé comme suit : *Service médical:* Directeurs du service de santé de première classe, 3 ; Directeurs du service de santé de deuxième classe, 3 ; Médecins en chef, 22 ; Médecins principaux, 60 ; Médecins de première classe, 200 ; Médecins de deuxième classe entretenus et auxiliaires, 280. — *Service pharmaceutique* : Pharmaciens en chef, 6 ; Pharmaciens principaux, 8 ; Pharmaciens de première classe, 16 ; Pharmaciens de deuxième classe entretenus et auxiliaires, 26. — Ensemble 624.

Le grade de directeur du service de santé est divisé en deux classes. La première classe est attribuée à l'ancienneté.

Art. 2. — Les nominations aux divers grades du corps de santé sont faites par le chef de l'Etat. Les officiers de ce corps sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834, concernant l'état des officiers. Les honneurs et préséance des membres du corps de santé de la marine sont réglés par des décrets et règlements spéciaux. Le passage à l'ancienneté, de la deuxième à la première classe du grade de directeur du service de santé, a lieu par décision ministérielle. Les nominations aux emplois de médecin et de pharmacien auxiliaire de deuxième classe sont faites par le ministre.

Art. 3. — Les emplois du service de santé aux colonies sont remplis par des médecins et par des pharmaciens de la marine. Le nombre de ces emplois est fixé par des décisions spéciales.

Art. 4. — Les emplois de médecin-major et de médecin aide-major près les corps de troupe de la marine, en France et dans les colonies, sont remplis par des médecins de première et de deuxième classe, dans les proportions déterminées par décisions spéciales du ministre de la marine et des colonies. Toutefois, lorsque les circonstances l'exigeront, l'emploi de médecin-major pourra être occupé par un médecin principal, après décision spéciale du ministre de la marine et des colonies.

TITRE II. — *Solde et accessoires de solde.*

Art. 5. — La solde et les accessoires de solde des médecins et pharmaciens de la marine sont fixés conformément aux règlements en vigueur. La solde et les accessoires de solde des médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont les mêmes que ceux des titulaires de deuxième classe. Les directeurs du service de santé ont droit aux suppléments de fonctions accordés aux commissaires généraux par les tarifs de solde : à Paris, cette indemnité est la même qu'à Brest et à Toulon.

TITRE III. — *De l'admission et de l'avancement dans le corps de santé de la marine.*

SECTION PREMIÈRE. — *Service médical.*

Art. 6. — Nul n'est admis à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe : 1° S'il n'est Français ou naturalisé Français ; 2° S'il est âgé de plus de vingt-huit ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'Etat pour avoir droit à une retraite à cinquante-trois ans ; 3° S'il n'est pourvu du diplôme de docteur en médecine ; 4° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par un médecin de

© BIU Santé

la marine ou par un médecin militaire. Il devra, en outre, produire un extrait de son casier judiciaire, un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée. Les médecins auxiliaires de deuxième classe sont employés à terre en France, dans les hôpitaux de la marine, à la mer ou aux colonies. Ils portent l'uniforme et les insignes du grade de médecin de deuxième classe. Les médecins de deuxième classe peuvent être licenciés par le ministre pour inconduite, défauts d'aptitude au service de la marine.

Art. 7. — Les médecins auxiliaires de deuxième classe peuvent être nommés, par décret, au grade de médecin titulaire de deuxième classe, lorsqu'ils auront accompli deux années de stage. Les médecins de première classe sont nommés un tiers au choix et deux tiers à l'ancienneté. Les médecins principaux sont nommés moitié au choix, moitié à l'ancienneté. Les médecins en chef sont nommés au choix. Les médecins de première classe, les médecins principaux et les médecins en chef nommés au choix sont choisis sur un tableau d'avancement dressé par le Conseil d'amirauté. Les directeurs du service de santé sont nommés au choix.

Art. 8. — Nul n'est nommé médecin de première classe s'il ne réunit deux années de service en qualité de médecin titulaire de deuxième classe et s'il n'a accompli une période réglementaire d'embarquement ou de service colonial.

Art. 9. — Nul ne peut être nommé médecin principal, s'il ne réunit trois années de grade de médecin de première classe et s'il n'a accompli dans ce grade une période réglementaire de service à la mer et aux colonies.

Art. — 10. — Nul ne peut être nommé médecin en chef s'il ne réunit trois années de grade de médecin principal, et s'il n'a accompli dans ce grade une période réglementaire de service à la mer ou aux colonies.

Art. 11. — Les directeurs du service de santé sont choisis parmi les médecins en chef ayant accompli trois années de service dans leur grade et un tour réglementaire de service à la mer ou aux colonies.

SECTION DEUXIÈME. — *Service pharmaceutique.*

Art. 12. — Nul n'est admis à l'emploi de pharmacien auxiliaire de deuxième classe s'il n'est pourvu du titre de pharmacien universitaire de première classe et s'il ne réunit, par ailleurs, toutes les conditions requises des candidats à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. Les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont employés à terre en France dans les hôpitaux de la marine et aux colonies. Ils portent l'uniforme et les insignes du grade de pharmacien de deuxième classe titulaire. Les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe peuvent être licenciés par le ministre pour inconduite, défauts d'aptitude au service de la marine.

Art. 13. — Les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe peuvent être nommés, par décret, au grade de pharmacien titulaire de deuxième classe, lorsqu'ils ont accompli deux années de stage. Les pharmaciens de première classe sont nommés un tiers au choix et deux tiers à l'ancienneté. Les pharmaciens principaux sont nommés moitié au choix et moitié à l'ancienneté. Les pharmaciens en chef sont nommés au choix. Les pharmaciens de première classe, les pharmaciens principaux et les pharmaciens en chef nommés au choix sont choisis sur un tableau d'avancement dressé par le conseil d'amirauté.

Art. 14. — Nul n'est promu au grade de pharmacien de première classe s'il ne réunit deux années de service en qualité de pharmacien titulaire de deuxième classe et s'il n'a accompli une période réglementaire de service colonial.

Art. 15. — Nul ne peut être nommé pharmacien principal s'il ne réunit trois années de grade de pharmacien de première classe, et s'il n'a accompli dans ce grade une période réglementaire de service colonial.

Art. 16. — Nul ne peut être nommé pharmacien en chef s'il n'est pharmacien principal, et s'il n'a accompli trois années de service dans son grade.

Art. 17. — Il est compté pour la retraite quatre années de service, à titres d'études préliminaires, aux officiers du corps de santé admis, à dater du présent décret, avec les diplômes universitaires, dans le service de santé de la marine. Il est concédé deux années, au même titre, aux médecins et pharmaciens des cadres actuels, provenant soit des auxiliaires, soit des aides-médecins et aides-pharmaciens entretenus.

Art. 18. — Lorsque les besoins du service l'exigent, et en tenant compte des ressources budgétaires, le ministre peut augmenter le cadre des médecins et pharmaciens de deuxième classe, par la nomination d'auxiliaires. (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 19. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, MM. Damaschino, Lutz, Pouchet ; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Duplay, Budin ; — (2e partie) : MM. Peter, Laboulbène, Joffroy ; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Panas, Marc Sée, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Richelot, Reclus ; — (2e partie) : MM. Vulpian, Bouchard, A. Robin ; — 5e *de Doctorat* (1re partie), Necker : MM. Le Fort, Le Dentu, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Potain, Grancher, Debove ; — 5e *de Doctorat* (2e partie), Pitié : MM. Jaccoud, Fournier, Hallopeau ; — A 1 heure, 5e *de Doctorat* (1re partie), Charité : MM. Tarnier, Le Dentu, Terrillon ; — (2e partie) : MM. Hayem, Fournier, Straus.

MARDI 20. — A 9 heures, 1er *de Doctorat* : MM. Damaschino, Gay, Pouchet ; — 5e *de Doctorat* (1re partie), Charité : MM. Trélat, Le Dentu, Budin ; — (2e partie) : MM. Vulpian, Fournier, A. Robin ; — 5e *de Doctorat* (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Tarnier, Marc Sée, Reclus ; — A 1 heure, 5e *de Doctorat* (1re partie), (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Richet, Bouilly ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Ball, Hanot ; — 5e *de Doctorat* (1re partie), (Necker) : MM. Le Fort, Panas, Campenon ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Grancher, Troisier ; — 5e *de Doctorat* (Chirurgie), (Pitié) : MM. Duplay, Richelot, Humbert ; — (2e partie). (Pitié) : MM. Peter, Laboulbène, Raymond.

MERCREDI 21. — A 9 heures, 1er *de Doctorat* : MM. Ball, Laboulbène, Gay ; — 5e *de Doctorat* (1re partie). (Charité) : MM. Duplay, Richelot, Budin ; — (2e partie) : MM. Vulpian, Peter, Troisier ; — (1re partie), (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Panas, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Bouchard, Hutinel ; — (1re partie), (Necker) : MM. Lannelongue, Marc Sée, Bouilly ; — (2e partie) : MM. Potain, Proust, Hallopeau ; — (2e partie), (Pitié) : MM. Jaccoud, Brouardel, Debove ; — A 1 heure, 5e *de Doctorat* (1re partie), (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Reclus ; — (2e partie) : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy ; — 5e *de Doctorat* (1re partie), (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Marc Sée, Kirmisson.

JEUDI 22. — A 9 heures, 1er *de Doctorat* : MM. Damaschino, Gay, Pouchet.

VENDREDI 23. — A 9 heures, 1er *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Desplats, Pouchet ; — 5e *de Doctorat* (1re partie). (Necker) : MM. Le Fort, Richelot, Bouilly ; — (2e partie) : MM. Ball, Grancher, Hutinel ; — (1re partie). (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Lannelongue, Campenon ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Jaccoud, Hallopeau ; — A 1 heure, 2e *de Doctorat* (1re partie). (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Le Dentu, Ségond ; — 5e *de Doctorat* (2e partie), (Charité) : MM. Vulpian, Fournier, Landouzy.

SAMEDI 24. — A 9 heures, 1er *de Doctorat*, (*Fin d'année*) : MM. Damaschino, Lutz, Gay ; — 3e *d'Officiat* (Charité), 1re *Série* : MM. Proust, Richelot, A. Robin ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Marc Sée, Straus ; — A 1 heure, 5e *de Doctorat* (1re partie), (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Panas, Bouilly ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Laboulbène, Ball, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Grancher, Hallopeau.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 22. — M. Payen. Quelques considérations sur l'influence des mouvements dans la circulation veineuse des membres. — M. Duron. Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme. — M. Nagaty. Contribution à l'étude des différentes formes de la folie religieuse. — M Roi. De la névrite optique rhumatismale. — M. Raval. De l'évolution de la syphilis chez les albuminuriques. — M. Mondon. Souvenirs et observations de chirurgie. (Campagne du Tonkin 1883-1885). — M. Lemarignier. De l'évolution des hématoses traumatiques (à l'exclusion de ceux des grandes cavités séreuses). — M. Orgeas. Etude sur la pathologie comparée des races humaines à la Guyane française. — M. Gaucheraud. Des éruptions cutanées causées par l'administration interne du mercure (et en particulier de la forme scarlatineuse). — M. Arnaud. De l'influence réciproque du diabète sur la syphilis et de la syphilis sur le diabète. — M. Combes. Des suites de couches chez les syphilitiques. — M. Claude. Etude sur la syphilis du sein. — M. Helme. Contribution à l'étude des pneumonies infectieuses. — M. Dandieu. De la pyridine et de la collydine comme médicament respiratoire. — M. Fournier. Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse. — M. Gilles. Contribution à l'étude des néphrites infectieuses, leur passage à l'état chronique. — M. Ricordeau. Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie ; du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée. — M. Jaubert. Du parasitisme microbien latent. — *Vendredi* 23. — M. Roche. Des hémorrhagies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors du corps de l'utérus. — M. Baylin. De l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les positions occipito-postérieures. — *Samedi* 24. — M. Jaille. Etude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines. — M. Deschamps. De l'artérite aiguë dans le cours de la fièvre typhoïde (Artérite pariétale). — M. Barral. Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage. — M. Giroud. Le crétin : Essai anatomique et physiologique. — M. Jossic. Contusions du thorax ; des complications

© BIU Santé

consécutives. (Essai médico-légal). — M. Georges. Etude sur la peptonurie et sa pathogénie. — M. Godart. De la chrysarobine ou acide chrysophanique du commerce. — M. Coculet. Contribution à l'étude du lupus éléphantiasique.

NÉCROLOGIE

Mort de M. Delcambre.

L'*Association générale des Etudiants* vient d'éprouver une perte bien cruelle en la personne de M. Jules DELCAMBRE, qui s'est noyé dans la Marne à la fin d'une excursion en bateau avec un de ses amis.

Agé de 24 ans, licencié ès sciences, M. Delcambre était appelé à un brillant avenir. Il était l'un des fondateurs et l'un des membres les plus dévoués de l'Association. Doué d'une grande puissance de travail, il s'occupait tout à la fois de ses études et de l'Association qu'il présida pendant dix-huit mois, tout en remplissant au collège Chaptal les fonctions de professeur de physique et de mathématiques élémentaires.

Sa mort cause une affliction profonde à ses amis, à ses camarades de l'Association et à ses élèves. Il était secrétaire de la Ligue des Patriotes.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 juillet 1886 au samedi 10 juillet 1886, les naissances ont été au nombre de 1238 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 465 ; illégitimes, 175. Total, 640. — *Sexe féminin* : légitimes, 440 ; illégitimes, 158. Total, 598.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 juillet 1886 au samedi 10 juillet 1886, les décès ont été au nombre de 964, savoir : 521 hommes et 443 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 7, T. 16. Variole : M. 0, F. 4, T. 4. — Rougeole : M. 23, F. 14, T. 37. — Scarlatine : M. 8, F. 9, T. 17. — Coqueluche : M. 5, F. 8, T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 7, F. 11, T. 18. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 0, F. 2, T. 2. — Infections puerpérales : 8. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 25, F. 18, T. 43. — Phthisie pulmonaire : M. 96, F. 84, T. 180. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Autres affections générales : M. 26, F. 42, T. 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 23, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 25, T. 37. — Pneumonie : M. 41, F. 31, T. 72. — Athrepsie : M. 43, F. 43, T. 86. — Autres maladies des divers appareils : M. 148, F. 104, T. 252. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 29, F. 12, T. 41. — Causes non classées : M. 8, F. 10, T. 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 94 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41, illégitimes, 16. Total : 57 — *Sexe féminin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 4. Total : 37.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Nous apprenons à l'instant que M. le Dr GARNIER vient d'être nommé médecin du dépôt des aliénés à la Préfecture de police.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHIRURGIEN DU BUREAU CENTRAL DES HOPITAUX. — Voici les questions données depuis la semaine dernière à l'épreuve orale : 2e séance : *Du cancer de la langue*. — 3e séance : *De la tuberculose testiculaire*. — 4e séance : *Diagnostic et traitement des fibromes utérins*.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. GAUCHER et HIRTZ (Edgard).

CONCOURS D'AGRÉGATION EN PHYSIQUE, CHIMIE ET PHARMACOLOGIE. — Le dépôt des thèses a eu lieu le 11 juillet. — De suite, on a tiré au sort l'ordre de soutenance de ces thèses ; les séances ont lieu à 5 heures du soir. — *Physique* : Jeudi 15 juillet, M. Didelot, *Les changements d'état*, argumentation par MM. Malosse et Borel. — *Chimie* : M. Guérin, *Origine et transformation des matières azotées des êtres vivants*, argumentation par MM. Thibault et Lambling. — *Chimie* : Samedi 17, M. Lambling, *Origine de la chaleur et de la fièvre chez les êtres vivants*, argumenté par MM. Morelle et Guérin. — *Pharmacologie* : M. Thibault, *Alcaloïdes des strychnées*, argum. par MM. Florence et Villejean. — 19 juillet, M. Malosse : *Calorimétrie et thermométrie*, argumenté par MM. Borel et Didelot ; — M. Morelle. *L'air atmosphérique*, argumenté par MM. Hugonneng et Lambling ; — 25 juillet : M. Hugonneng, *Alcaloïdes d'origine animale*, argumenté par MM. Guérin et Villejean ; — M. Florence, *Alcaloïdes des Solanées*, argumenté par MM. Thibierge et Morelle. — 21 juillet : M. Borel, argumenté par MM. Didelot et Malosse ; — M. Villejean, *Pigments et matières colorantes de l'économie animale*, argumenté par MM. Florence et Hugonneng.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le mardi 13 juillet 1886, à trois heures du soir, dans la salle des Examens de la Sorbonne, M. ROBIN soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physique, une thèse ayant pour sujet : *Distribution de l'électricité à la surface des conducteurs fermés et des conducteurs ouverts*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. VERNEUIL, professeur de clinique chirurgicale, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1886-87.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. CONDAMIN, chargé des fonctions d'aide d'anatomie, est nommé pour trois ans aide d'anatomie.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Jacquemin directeur de cette école, ayant fini son décanat et par suite d'après le nouveau règlement s'étant trouvé soumis à l'élection de ses pairs n'a pu recueillir que sa voix et celle d'un ami. M. SCHLAGDENHAUFEN, bien connu par ses travaux scientifiques et son urbanité, a été désigné en première ligne par l'unanimité des professeurs. Qu'en pense M. le ministre de l'Instruction publique ? Qu'attend-il pour faire soumettre à l'élection des doyens tous les autres fonctionnaires même ordre.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 15 février 1887, dans l'école supérieure Saint-Romain de Paris pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie en matière médicale à l'Ecole de Rouen.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BLOIS. — On nous annonce que la place de médecin-adjoint dudit asile est devenue vacante par suite de la mort du titulaire, survenue il y a quelques jours.

CHOLÉRA EN ITALIE. — Le choléra sévit avec intensité en Italie. La frontière est jusqu'ici indemne. — Le Dr Charrin a été délégué par le ministre du commerce pour apprécier la situation sanitaire des départements limitrophes de la frontière. On signale les cas suivants : à Codigoro, 2 cas cholériques ; à Venise, 6 cas et 4 décès ; à Brindisi, 1 cas et 2 décès ; à Francavilla, 76 cas et 16 décès ; à Latiano, 6 cas et 10 décès ; à Mesagne, un décès ; à Ostuni, un cas ; à San-Vito, 2 décès ; à Erchie, 11 cas et 4 décès. — Le choléra a fait son apparition à Trieste depuis plusieurs jours, ainsi que dans les environs. On affirme qu'il s'agit bien du choléra asiatique.

HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE. — *Institution du concours*. Contrairement à ce qui se passait jusqu'ici, un concours vient d'être institué pour la nomination des médecins de cet hôpital, et le premier a eu lieu ces jours derniers. Il s'est terminé par la nomination d'un médecin adjoint et de deux chirurgiens adjoints, dont un puor le service de la Maternité.

INSTITUT PASTEUR. — La 45e liste a produit réunie avec les précédentes 1.085.968 fr. 61.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Parmi les nominations de chevalier de la Légion d'honneur du 14 juillet 1886, nous remarquons les noms de MM. Lucas-Championnière et Peyrot, chirurgiens d'hôpitaux ; Segond, chirurgien du Bureau central ; Debove, médecin des hôpitaux ; Budin, accoucheur des hôpitaux ; ajoutons que M. le Dr Tarnier a été nommé commandeur de la légion d'honneur, et M. Siredey, médecin des hôpitaux officier.

SOUSCRIPTION POUR UN MONUMENT COMMÉMORATIF A P.-L. PANUM. — Une souscription est ouverte depuis l'année dernière à Copenhague pour élever un monument à l'illustre physiologiste danois. La *Revue internationale des sciences médicales* pense qu'il est du devoir de la presse médicale française de s'associer à cet hommage rendu à un savant. Les médecins français qui se souviennent du Congrès médical de Copenhague doivent profiter de cette occasion pour témoigner une fois de plus de leur sympathie à leurs confrères du Danemark. Les souscriptions sont reçues chez M. le professeur Carl Lange, 22, Kronprinssesegrade, à Copenhague. La *Revue internationale des sciences médicales* se charge de transmettre au comité de Copenhague les souscriptions qui pourraient lui être adressées, 21, boulevard Saint-Germain.

UN EXEMPLE A SUIVRE. — Un bon exemple doit toujours être cité, qu'on ait la prétention ou non d'engager les autres à le suivre. Voici le fait : Un généreux anonyme vient de donner cent mille dollars à l'University medical College de New-York pour la fondation d'un Laboratoire.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MONTEIL-PONS, auteur de plusieurs opuscules, mort à Florac. — M. le Dr COQUERET, médecin honoraire de la police municipale, mort à 77 ans, le 8 juillet 1886. — M. le Dr JOSSE, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Amiens, et chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens. — M. le Dr DE FRISCH, médecin général de l'armée d'Autriche, mort à 73 ans.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 30. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 JUILLET 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

SEPTIÈME LEÇON (1).

L'étiologie du charbon spontané.

SOMMAIRE. Méthode des cultures successives de M. Pasteur : elle établit définitivement que le charbon est la *maladie de la bactéridie*. — Expériences de filtration du sang charbonneux. — Le charbon spontané des moutons : rôle des cadavres charbonneux dans les productions des foyers endémiques ; *champs maudits*. — Mortalité des animaux parqués sur les fosses. — Rôle des vers de terre dans le transport des spores. — Objections de M. Koch. — Ses opinions sur le mode de conservation du virus charbonneux à la surface du sol ; rôle qu'il fait jouer aux inondations. — Influence d'un certain degré d'humidité du sol sur la sporulation de la bactéridie. — Mesures prophylactiques qui découlent de ces données étiologiques.

Messieurs,

Voyons maintenant les enseignements que ces notions sur la morphologie et la biologie du bacillus anthracis ont apportés à l'étiologie de la maladie charbonneuse.

La méthode des cultures pures, *in vitro*, en dehors de l'économie vivante, et en séries successives, a permis de faire la preuve irréfutable que c'est bien la bactéridie qui est la cause et la seule cause du charbon. Les expériences anciennes, celles de Davaine en particulier, avaient montré qu'il suffit d'introduire sous la peau d'un animal, une gouttelette de sang charbonneux pour entraîner sa mort par le charbon, et dans chaque goutte du sang de l'animal ainsi inoculé, on retrouvait en abondance les mêmes bactéridies qui peuplaient le sang qui avait servi pour l'inoculation. Ces bactéridies s'étaient donc multipliées dans le corps de l'animal en véritables parasites ; ne sont-elles point la cause de la mort ? Tout l'indiquait sans doute, mais les doctrines encore régnantes en médecine répondaient autrement et engageaient à voir dans cette bactéridie, l'effet de la maladie et non sa cause. C'est, disait-on, l'inoculation des parties solides ou liquides du sang charbonneux, autres que la bactéridie, qui amène la mort par le charbon, c'est le sang ou les humeurs altérées par la maladie qui font le virus, et non la bactéridie.

Pour écarter cette objection toujours renaissante et montrer que la bactéridie est bien la cause du charbon, MM. Pasteur et Joubert ont eu recours à la méthode des *cultures successives* (2). Dans un flacon contenant un liquide nutritif pur, le liquide de Pasteur par exemple ou du bouillon de veau alcalinisé, on dépose une gouttelette imperceptible de sang charbonneux frais et on porte à l'étuve à 35°. La végétation mycélienne ne tarde pas à se faire ; une gouttelette de ce premier flacon est introduite dans un deuxième et y donne lieu à la même végétation filamenteuse : une gouttelette de ce deuxième flacon, mise dans un troisième, produit un nouveau développement et de même pour un quatrième, un dixième, un vingtième et ainsi indéfiniment.

Dans la vingtième culture ainsi obtenue, il n'y a assurément aucune parcelle de la goutte de sang primitive empruntée à l'économie de l'animal charbonneux (1) ; et cependant si on inocule à un mouton ou à un cobaye une trace de cette vingtième culture, il meurt comme si on lui avait inoculé le sang d'un animal mort du charbon spontané. N'est-ce pas là la preuve que la bactéridie est bien ce qui constitue le virus et que « le charbon est la maladie de la bactéridie, comme la trichinose est la maladie de la trichine, comme la gale est la maladie de l'acarus » (Pasteur).

Dès 1871, MM. Klebs et Tiegel (2) avaient essayé de démontrer, par des essais de filtration, que la bactéridie était la vraie cause du charbon. Ils filtrèrent du sang charbonneux dans un vase de terre poreux en y appliquant le vide avec la pompe de Bunsen ; ils constatèrent que le liquide filtré ne renfermait pas de bactéridies, et inoculé ne donnait pas le charbon. Ces expériences furent reprises avec plus de rigueur, par MM. Pasteur et Joubert, qui se servirent de filtres en plâtre ou en porcelaine et de l'aspiration par le vide ; ils purent ainsi obtenir des quantités notables de sang charbonneux filtré, dont ils purent inoculer jusqu'à 80 gouttes à un lapin ou un cobaye sans aucun effet. Je me hâte d'ajouter que cette démonstration n'est pas aussi rigoureuse qu'elle le paraît d'abord ; on sait, en effet, que les filtres très fins retiennent non seulement les particules solides, mais encore un grand nombre de substances dissoutes, tels que les ferments solubles, les alcaloïdes, etc. Des substances de cette nature, en même temps que la bactéridie, peuvent donc rester sur le filtre.

A cette époque, M. P. Bert se livrait à ses belles recherches sur les effets de l'oxygène à haute tension dont il établit l'action mortelle sur les êtres vivants. Il soumit du sang charbonneux en couches minces à de très hautes tensions d'oxygène et il constata que ce sang avait conservé toute sa virulence. Il en conclut que la cause du charbon ne pouvait être liée à un organisme vivant, à la bactéridie, puisqu'elle peut résister à un agent destructeur de tout ce qui a vie (3).

Lorsque parut la communication de M. Bert, M. Pasteur fut aussitôt conduit à penser que le sang charbon-

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25 et 26.

(2) On confond souvent ces cultures successives avec les *cultures fractionnées* de M. Klebs, dont le but était tout différent et consistait à obtenir la culture pure d'un seul organisme. Dans un milieu renfermant, à côté du microbe qu'on veut isoler, d'autres microbes mélangés, M. Klebs prélève une parcelle très petite et la sème dans un liquide nutritif pur ; dans la culture, encore impure, ainsi obtenue, il prélève encore une petite gouttelette qu'il sème dans un deuxième liquide et ainsi plusieurs fois de suite « afin, dit-il, d'écarter les impuretés contenues dans le liquide primitif et d'obtenir, à l'état de pureté, l'organisme qui prédominait dans le premier liquide. » (*Beiträge zur Kenntniss der Microcokken*, in *Arch. f. experim. Pathol.* 1873, Bd. I., p. 31). — La méthode des « cultures fractionnées » dans le sens de M. Klebs est donc un mode assez infidèle du reste, de séparation de divers organismes.

(1) M. H. Buchner a calculé que dans une 7e culture ainsi faite et en supposant que la rate entière d'une souris charbonneuse ait été placée dans la première culture, cette rate ne représenterait plus que un dix-quatrillionnième de milligramme.

(2) Klebs et Tiegel, *Die Ursache des Milzbrandes* (Schweizer Correspondenzbl. 1871, Bd. I, p. 275).

(3) Bert. *De l'emploi de l'oxygène à haute tension comme procédé d'investigation physiologique des venins et des virus* (C. R. Académie des sciences, 1877, t. 84, p. 1132).

© BIU Santé

neux dont ce physiologiste s'était servi pour le soumettre à la compression, contenait non seulement des bactéridies, mais des spores, et il s'assura qu'en effet les spores du bacillus anthracis peuvent être maintenues pendant 21 jours à 10 atmosphères d'oxygène pur sans perdre leur faculté de germination ni leur virulence. Que si, au contraire, on soumet à ce traitement du sang charbonneux frais (ne contenant que des bactéridies) il perd toute virulence au bout d'une semaine de séjour dans l'oxygène comprimé. C'est un nouveau trait à ajouter à ceux qui différencient les propriétés de résistance du bacille et celles de ses spores.

Nous pouvons donc considérer, comme chose démontrée, que le charbon est toujours et uniquement dû à la pénétration, dans le corps des animaux, du bacillus anthracis ou de ses spores. Voyons maintenant ce qu'est devenue, avec ces notions nouvelles, l'étiologie du charbon dit *spontané* (par opposition au charbon inoculé ou expérimental); voyons, en d'autres termes, si ces notions nous ont appris d'une manière plus précise la façon dont sont contaminés les animaux, dans les conditions ordinaires où l'expérience nous enseigne qu'ils contractent cette maladie. Le mouton était naturellement l'animal tout désigné pour ces recherches, dues à M. Pasteur et à ses collaborateurs, MM. Chamberland et Roux (1).

« Les premières expériences consistèrent à nourrir certains lots de moutons avec de la luzerne arrosée de cultures de la bactérédie avec ses spores. Malgré le nombre immense de spores ingérées par tous les moutons d'un même lot, beaucoup d'entre eux échappent à la mort, souvent après avoir été visiblement malades; d'autres, en plus petit nombre, meurent avec tous les symptômes du charbon spontané et après un temps d'incubation du mal qui peut aller jusqu'à neuf et dix jours, quoique, dans les derniers temps de la vie, la maladie revête les caractères presque foudroyants signalés par les observateurs et qui ont fait croire à une incubation de très peu de durée. La communication de la maladie par des aliments souillés de spores charbonneuses est plus difficile encore chez les cobayes que chez les moutons. Les spores, dans ce cas, se retrouvent dans les excréments, on les retrouve également intactes dans les excréments des moutons.

« On augmente la mortalité en mêlant aux aliments souillés des germes du parasite, des objets piquants, notamment les extrémités pointues des feuilles de chardon desséché, et surtout des barbes d'épis d'orge coupées par petits fragments.

« Il importait beaucoup de savoir si l'autopsie des animaux morts dans ces conditions montrerait des lésions pareilles à celles qu'on observe chez les animaux morts spontanément dans les étables ou dans les troupeaux parqués en plein air. Les lésions, dans les deux cas, sont identiques; et, par leur nature, elles autorisent à conclure que le début du mal est dans la bouche ou l'arrière-gorge. »

Quelle est l'origine des spores charbonneuses répandues à la surface du sol dans les pays infectés, spores dont l'ingestion provoque chez les animaux le charbon spontané? Ce sont surtout les cadavres d'animaux charbonneux enfouis dans la terre qui constituent la source du contage. Que se passe-t-il, en effet, quand un animal malade meurt du charbon? Le plus souvent, surtout si un établissement d'équarrissage n'est pas dans le voisinage et si l'animal a peu de valeur comme le mouton, on pratique une fosse sur place, à une profondeur de 50 c. et à 1 mètre, dans le champ même où l'animal a succombé, ou dans un champ voisin de la ferme, s'il a péri à l'écurie; on l'y enfouit en le recouvrant de terre.

(1) Pasteur, Chamberland et Roux. *Sur l'étiologie du charbon* (C. R. Acad. des sciences, 1880, t. 9, p. 12).

Théoriquement, si le cadavre était ainsi enfoui *absolument intact*, comme les bactéridies qu'il renferme sont soustraites à l'action de l'air nécessaire à leur vie, elles ne tarderaient pas à périr toutes et, au bout de quelques jours, le cadavre aurait perdu toute virulence charbonneuse. Mais en réalité les choses ne se passent pas ainsi.

« Assistons, dit M. Pasteur, par la pensée à l'enfouissement du cadavre d'une vache, d'un cheval ou d'un mouton mort du charbon. Alors même que ces animaux ne seraient pas dépecés, se peut-il que du sang ne se répande pas hors du corps en plus ou moins grande abondance? N'est-ce pas un caractère habituel de la maladie qu'au moment de la mort le sang sort par les narines, par la bouche et que les urines sont souvent sanguinolentes? En conséquence, et, dans tous les cas, pour ainsi dire, la terre autour du cadavre est souillée de sang. D'ailleurs, il faut plusieurs jours avant que la bactéridie soit détruite dans le cadavre par les gaz privés d'oxygène libre que la putréfaction dégage, et, pendant ce temps, le ballonnement excessif du cadavre fait écouler les liquides de l'intérieur à l'extérieur par toutes les ouvertures naturelles, quand il n'y a pas, par surcroît, déchirure de la peau et des tissus. Le sang et les matières ainsi mêlées à la terre aérée environnante ne sont plus dans les conditions de la putréfaction, mais bien plutôt dans celles d'un milieu de culture propre à la formation des germes de la bactéridie. »

Ce n'était là qu'une vue préconçue; il fallait en démontrer la réalité par l'expérience et dans la terre végétale qui recouvre les fosses, terre si riche en germes de toutes sortes, déceler la présence de la spore de la bactéridie. C'est ce problème, singulièrement ardu à une époque où l'on n'était pas encore, comme aujourd'hui, familiarisé avec les diverses méthodes de séparation des germes, que M. Pasteur a résolu. Il lessive la terre suspecte, laisse reposer les eaux de lévigation et recueille le dépôt qui se forme par le repos et qui est constitué par des microbes et des germes divers. Il tue la plupart de ces germes en soumettant le dépôt pendant vingt minutes, au bain-marie, à la température de 90°. Parmi ceux qui restent, il n'en est plus que deux qui, inoculés aux animaux, soient pathogènes, ce sont les spores du vibrion septique et celles de la bactéridie; c'est le premier organisme qui se développe dans certaines inoculations, le second dans d'autres. M. Pasteur a pu ainsi constater la présence des spores charbonneuses dans la terre recouvrant la surface de fosses où des animaux charbonneux avaient été enfouis depuis plusieurs années, alors qu'on n'en trouvait pas dans les terres voisines de la fosse. Cette recherche a été faite avec succès sur la terre de fosses, qui n'avait pas été remuée depuis l'enfouissement, aussi bien que sur celle de fosses dont la surface avait subi, pendant plusieurs années, toutes les opérations de la culture et des moissons.

Ces notions sont instructives au point de vue de l'étiologie des maladies infectieuses et de l'origine tellurique de certaines d'entre elles. On était enclin à croire que la végétation et les cultures, par des phénomènes d'assimilation et de combustion organique, détruisaient les matières organiques des vidanges et des engrais. Ces faits prouvent que les germes de certains organismes résistent à toute assimilation végétale. Le rôle dépurateur de la végétation, à la surface du sol, n'a donc pas la puissance qu'on était tenté de lui attribuer.

M. Pasteur et ses collaborateurs mirent encore autrement en évidence la longue durée de la vie des spores charbonneuses et leur conservation dans les terres cultivées. Un lot de moutons est mis parquer sur des fosses où plusieurs années auparavant avaient été enterrés

© BIU Santé

des animaux charbonneux : un autre lot de moutons est placé dans un enclos situé tout auprès, mais où aucun animal charbonneux n'a été enfoui ; au bout d'un certain nombre de jours, plusieurs moutons ayant brouté sur les fosses moururent du charbon, alors que tous les moutons témoins demeurèrent bien portants (1).

Comment les spores formées autour du cadavre charbonneux enfoui plus ou moins profondément arrivent-elles à la surface du sol de la fosse ? On pourrait penser tout d'abord que ce transport s'effectue par le déplacement incessant des eaux qui imprègnent le sol, mais nous savons, par les expériences de M. Pasteur, que la terre, en certaine épaisseur, joue le rôle d'un véritable filtre et débarrasse les liquides qui la traversent, de toutes les particules solides, même les plus ténues. C'est pour cela que les eaux de source qui proviennent d'une profondeur même faible sont privées de tous germes et, semées dans les milieux de culture les plus appropriés, ne donnent lieu à aucun développement. M. Pasteur a montré que ce transport des spores charbonneuses, de la profondeur à la surface du sol, est, en grande partie, dû aux vers de terre.

« Ce sont les vers de terre qui sont les messagers des germes et qui, des profondeurs de l'enfouissement, ramènent à la surface du sol les terribles parasites. C'est dans les petits cylindres de terre à très fines particules terreuses que les vers rendent et déposent à la surface du sol, après les rosées du matin ou après la pluie, que se trouvent, outre une foule d'autres germes, les germes du charbon. Il est facile d'en faire l'expérience directe : que dans la terre à laquelle on a mêlé des spores de bactéridies on fasse vivre des vers, qu'on ouvre leur corps après quelques jours, avec toutes les précautions convenables, pour en extraire les cylindres terreux qui remplissent leur canal intestinal, on y retrouve en grand nombre les spores charbonneuses. Il est de toute évidence que si la terre meuble de la surface des fosses à animaux charbonneux renferme les germes du charbon, et souvent en grande quantité, ces germes proviennent de la désagrégation par la pluie des petits cylindres excrémentitiels des vers. La poussière de cette terre désagrégée se répand sur les plantes à ras du sol, et c'est ainsi que les animaux trouvent au parcage et dans certains fourrages les germes du charbon par lesquels ils se contagionnent. »

(*A suivre.*)

ZOOLOGIE MÉDICALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. R. BLANCHARD.**

La Filaire sous-conjonctivale (Filaria Loa, GUYOT). — (*Suite et fin.*)

Nous avons dit (2) que le loa était africain : à l'appui de cette opinion, remarquons encore qu'aucun cas n'en a été signalé en Amérique, depuis l'abolition de la traite des nègres. Le loa est donc particulier à la côte de Guinée, à la côte d'Angola, au Gabon, à l'Ogooué, au Congo (1). On peut fixer très approximativement son aire de distribution en disant qu'il est endémique sur la côte occidentale d'Afrique, depuis l'Equateur ou quelques degrés au-dessus jusqu'au dixième degré de latitude sud. Il va sans dire que les explorations qui, à l'heure actuelle, sont activement poussées dans ces régions, nous montreront sans doute qu'il s'étend davantage le long de la côte et surtout nous feront connaître jusqu'à quelle distance on le rencontre dans les terres.

Les dimensions attribuées au loa par les différents auteurs sont assez variables :

Nassau	16mm »
Bajon (1 pouce français)	27 07
Lestrille	30 »
Guyot (2 cas) (15 lignes)	33 82
Mercier (15 lignes)	33 82
Mercier (16 lignes)	36 07
Blot	38 »
Blot (2 cas)	30 à 40
Mongin (1 pouce et demi)	40 60
Lallemant (1 pouce et demi)	40 60
Loney (2 cas), (2 pouces anglais)	50 79
Maurel	70 »

Comme on le voit, le loa serait donc long de 16 à 70 mm., mais le plus souvent de 30 à 40 mm. Malgré l'incertitude complète où nous sommes encore à l'égard de son histoire naturelle, il y a lieu de penser que les observateurs dont nous venons de rappeler la liste ont eu réellement affaire à un seul et même parasite et il est vraisemblable que les différences signalées plus haut tiennent à ce que les deux sexes sont d'inégale taille. Nous avons retranché de notre énumération le cas, signalé par Guyon en 1864, d'un ver long de 15 centimètres et provenant d'un nègre du Gabon ; il s'agit sans doute ici d'un parasite autre que le loa.

Les avis sont assez partagés relativement à la nature du ver sous-conjonctival. Bajon le prenait pour une filaire de Médine et cette opinion a été partagée par Küchenmeister. Au contraire, Guyot, Blot, van Beneden et Nassau l'ont considéré comme une espèce particulière. Guyot dit formellement n'avoir jamais vu la filaire de Médine, au cours des sept voyages qu'il a faits à la côte d'Angola et Nassau, dont les observations ont été faites au Gabon, affirme qu'il n'y a pas de filaires de Médine dans cette région de la côte : elles sont, dit-il, à la côte Accia et au cap Castle, chez les Ashantis. Quant à Guyon, cet observateur a successivement adopté les deux opinions qui précèdent.

L'histoire naturelle du loa est à peine connue. Guyon, qui a rapporté les observations de Blot, et van Beneden qui a rapporté celles de Lestrille, nous apprennent que le ver est effilé à un bout, obtus à l'autre. Le professeur Leidy, de Philadelphie, auquel le Dr Th. G. Morton, chirurgien du Pennsylvania hospital, remit le loa que lui

(1) M. Pasteur a donné la publicité à une note adressée, dès 1865, à M. Tisserand, directeur au ministère de l'agriculture, par le baron de Seebach, à cette époque ministre de Saxe à Paris. Dans cette note, M. de Seebach relate des observations extrêmement curieuses pour le détail desquelles je dois renvoyer à l'original, et qui montrent combien la terre qui recouvre la surface des fosses où ont été enfouis des animaux charbonneux, ainsi que les herbes qui y croissent, constituent des agents redoutables de transmission de la maladie (Voy. Pasteur, *Nouvelles observ. sur la prophylaxie et l'étiologie du charbon*. Bullet. de l'Acad. de médecine 1880, t. IX, p. 1.138).

(2) Voir *Progrès médical*, n° 29, 1886.

(1) Le premier document que nous possédions relativement au Loa remonte à la fin du XVIe siècle. C'est une curieuse gravure qui se trouve intercalée dans un ouvrage édité à Francfort en 1598 et intitulé : *Vera descriptio regni africani, quod tam ab incolis quam Lusitanis Congus appellatur*. La gravure en question représente l'histoire de la Filaire de Médine. Sur la droite, on voit un homme assis : Sa tête est rejetée en arrière soutenue par deux aides debout ; elle est légèrement inclinée à gauche, de manière à présenter l'œil droit à l'opérateur. Celui-ci se tient debout et, de la main droite, dirige un instrument sur l'œil, comme pour l'opération de la cataracte ; sa main gauche est passée sous le bras droit du patient. Derrière le groupe est un individu qui paraît être le chef et qui semble présider à l'opération : debout, comme l'opérateur et les aides, il tient à la main droite un bâton dont l'extrémité, terminée en fer de lance, est élevée au-dessus du groupe et semble le protéger.

© BIU Santé

avait envoyé Nassau, dit également que le corps est cylindroïde et effilé à l'une de ses extrémités. Il fut impossible de reconnaître la tête de la queue, mais l'extrémité épaissie semble être la tête ; elle est arrondie et présente une bouche proéminente, en forme de papille, inerme. L'intestin semble être rectiligne, mais il n'a pas été possible d'y distinguer des parties, ni de trouver un orifice anal.

Le Dr Bachelor a envoyé au professeur Saint John Roosa, de New-York, un loa dont, à notre connaissance, la description n'a jamais été faite. Il est regrettable de ne rien savoir de plus précis sur ce parasite et nous ne pouvons qu'exprimer le vœu de voir bientôt combler, grâce aux soins intelligents de nos chirurgiens de marine, les lacunes que présente encore son histoire.

La manière dont le loa apparaît sous la conjonctive ou en d'autres points du corps, par exemple sous la peau des doigts, est encore ignorée. Ce qu'on sait de certains autres parasites, tels que la filaire de Médine et le leptodère de Nielly, nous autorise à penser que le ver, introduit dans l'organisme avec l'eau de boisson, passe dans le sang, puis, arrivé à l'état adulte, quitte les vaisseaux et rampe sous la peau pour sortir au dehors, au bout d'un temps plus ou moins long. Cette manière de voir était déjà celle de Mongin : « Je serais porté à croire, dit-il, que ce serait un ver sanguin ; car il ne me paraît pas possible qu'il se fût accru dans cet endroit (sous la conjonctive), sans y occasionner de la douleur et de l'inflammation. Mais, comment y aurait-il pu entrer, sans causer les mêmes désordres ? »

L'opinion que nous venons d'émettre s'appuie sur un ensemble de faits que nous devons mettre en relief.

Le parasitisme de loa est de longue durée, comme en témoignent les observations faites en Amérique sur des nègres amenés de la côte d'Afrique : le transport des esclaves se faisait au moyen de navires à voile, auxquels il fallait plusieurs semaines et même plusieurs mois pour accomplir la traversée ; la négresse observée par Roulin à Monpax était arrivée en Amérique depuis 5 à 6 ans. Les nègres de la côte d'Angola interrogés par Guyot lui déclaraient que, pendant plusieurs années, le loa se montrait et disparaissait tour à tour, puis sortait de l'œil sans qu'on s'en aperçût.

Des cas analogues à ceux que nous venons de rapporter chez l'homme ont été observés chez les oiseaux; Gurlt en cite même chez le cheval et le bœuf (1). Schneider dit que les nématodes observés par Gurlt appartiennent au genre *Ceratospira*. Peut-être des études ultérieures montreront-elles qu'il en est de même pour le loa.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à la détermination de la nature microbienne des efflorescences cutanées d'origine syphilitique. — Du traitement du psoriasis palmaire et plantaire par les bains locaux de sublimé ;

par GILLES DE LA TOURETTE (2).

Les considérations que nous allons exposer ont surtout une portée thérapeutique. Toutefois, l'idée même qui nous a guidé dans ces recherches entreprises depuis cinq ans montrera que nous n'avons jamais perdu de vue l'hypothèse d'une lésion locale parasitaire. Nous avons pris un moyen détourné pour apporter notre contribution à cette démonstration : si la morphologie du microbe ne s'en trouve pas éclairée, peut-être la thérapeutique de la lésion aura-t-elle quelque peu bénéficié de nos efforts.

Nous avions été frappé en 1880 des excellents résultats qu'obtenait notre regretté maître de l'hôpital Saint-Louis, M. Hillairet, en employant les bains de sublimé dans le traitement des syphilides papulo-squameuses généralisées. Pendant notre internat au Midi et à Lourcine, MM. Simonet et Gouguenheim voulurent bien nous permettre d'appliquer ce traitement aux nombreux cas de syphilides papuleuses palmaires et plantaires, connues sous le nom impropre de *psoriasis syphilitique*, et qui se présentaient souvent tant dans les salles qu'à la consultation externe de l'hôpital.

Cette lésion dite psoriasiforme, pour une cause ou pour une autre, en raison peut-être des frottements nombreux subis par les parties qui en sont le siège, ou de leur exposition à l'air, est beaucoup plus tenace que la même lésion généralisée avec laquelle elle coïncide assez souvent. Il faut bien savoir aussi qu'elle existe dans un grand nombre de cas à l'état de lésion locale isolée.

Aussi, avions-nous souvent remarqué que, lorsque les papules du tronc et des membres traitées par les bains de sublimé, étaient guéries, les mains et les pieds restaient encore malades. A notre instigation, les patients apportèrent alors dans la salle une certaine quantité de l'eau du bain médicamenteux, y trempèrent matin et soir leurs extrémités et guérirent rapidement. Il est inutile d'ajouter que, dès les premiers cas, nous prescrivions une solution appropriée faite sur place.

C'est alors que nous fîmes quelques recherches et qu'il nous fut facile de constater que ce mode de traitement avait été déjà préconisé. Kaposi (1) en particulier, conseillait pour la lésion qui nous occupe les bains locaux à 5 gr. de sublimé pour 500 gr. de véhicule. M. Fournier (2), dans un remarquable article sur le psoriasis palmaire et plantaire recommande les bandelettes de Vigo. La solution Kaposi nous paraissait très irritante : les bandelettes de Vigo appliquées le soir constituent une véritable infirmité, nocturne il est vrai ; les traces de l'emplâtre sont difficiles à faire disparaître le matin : peut-être était-il permis de chercher un meilleur terme. Des recherches récentes faites par Klotzsch (3) et par Aufrecht (4) et desquelles il semblait résulter qu'il existait réellement un microbe dans les papules syphilitiques et dans celles du psoriasis en particulier nous encourageaient encore dans cette voie.

Les résultats que nous allons exposer sont tirés de 65 cas observés tant dans les hôpitaux spéciaux que dans les services de médecine générale où nous avons été interne. Le psoriasis syphilitique n'est pas rare surtout dans les consultations externes.

On connaît son évolution : le plus souvent il apparaît dans les six ou huit premiers mois qui suivent la disparition du chancre : c'est une lésion relativement bénigne si la syphilis est bien traitée. Toutefois, même dans les cas où le traitement interne est sévère, elle peut s'aggraver singulièrement. Ces complications sont surtout marquées lorsque la lésion se montre après 5, 6, et même 8 ans de syphilis négligée au début. Le psoriasis revient alors comme accident unique : la paume des mains et surtout les plantes des pieds se recouvrent de croûtes dures (*syphilides cornées*) ; les sillons naturels se crevassent et suintent. La lésion est douloureuse, non seulement lorsqu'on l'offense par un traumatisme, mais encore spontanément. Il existe particulièrement la nuit une sensation de chaleur

(1) Gurlt, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie der Haussäugethiere*, I, p. 347.

(2) Communication à la Société de Biologie, 10 juin 1886.

(1) *Leçons sur les maladies de la peau*, t. II, p. 371 ; opinion également soutenue par les traducteurs-annotateurs, MM Besnier et Doyon.

(2) *Leçons cliniques sur la syphilis*, t. II, Xe et XIIe leçons, 2e édition.

(3) *Untersuchungen üb. die Natur der Gahrungsercheinungen*, Zeitschrift f. Parasitenkunde, B. 1, 1870, p. 274.

(4) *Ueber den Befund von Syphilis-Mikrokokken*. Centralbl. f. med. Wissenschaften, 26 mars 1881, p. 228.

© BIU Santé

et de tension des pieds fort pénible et qu'exagère beaucoup la chaleur du lit.

Nous pouvons déjà dire que le traitement est le même dans les deux variétés, précoce ou tardive. Toutefois, dans la deuxième, lorsque le diagnostic spécifique est bien établi, ce qui n'est pas toujours le cas, il importe de faire tomber les croûtes par des cataplasmes de fécule, afin que l'agent parasiticide puisse agir en toute sécurité.

Il nous fut très facile de procéder, dans ces recherches, d'une façon très expérimentale. En effet, nous laissions la main gauche indemne de tout traitement ; nous l'enduisions avec une pommade au sublimé ; nous la couvrions de bandelettes de Vigo ; nous la plongions dans l'eau ordinaire tiède ou froide, alcoolisée ou non, pendant que la main droite baignait dans des solutions de sublimé diversement titrées ; de même pour les pieds. Nous nous contenterons d'exposer les résultats que nous avons obtenus en procédant de cette façon.

En comparant ainsi les deux mains et les deux pieds, nous reconnûmes rapidement que les bains locaux de sublimé étaient le plus favorable de tous les procédés préconisés jusqu'alors. Ils calment presque immédiatement les douleurs provoquées et spontanées lorsqu'elles existent et amènent en très peu de temps la guérison radicale de l'affection. Un bain local de 10 minutes, matin et soir, suffit pour guérir en dix ou quinze jours un psoriasis de un mois et demi à deux mois d'existence et qui semblait vouloir s'éterniser chez un syphilitique *soumis au traitement interne*.

La solution de Kaposi, 5 gr., 500, nous a semblé trop forte : elle irrite très vivement la peau chez un grand nombre de sujets : elle est presque intolérable lorsqu'il existe des crevasses. La liqueur de van Swieten coupée de moitié eau, c'est-à-dire 0,25 cent., 500 est très suffisante. Comme on eût pu croire que c'était peut-être l'alcool qui agissait dans la circonstance, nous prescrivions des paquets composés de :

Sublimé. . . . . } aâ un gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque. }

pour deux litres d'eau, contenance ordinaire d'une cuvette. Cela simplifie du reste de beaucoup le traitement en permettant au malade de préparer immédiatement lui-même le liquide médicamenteux. Chez certaines personnes à peau très sensible on peut encore diminuer la dose de moitié : par contre, on peut l'élever, sans dépasser le titrage de la liqueur de van Swieten : 1/1000, dans certains cas de psoriasis invétéré, surtout au début du traitement.

Dans trois cas très tenaces, dont l'un durait depuis 2 ans 1/2 et dans lesquels tous les traitements (non antisyphilitiques) avaient échoué, l'emploi des bains locaux de sublimé nous permit d'affirmer, par la guérison même, la nature spécifique jusque-là ignorée de la lésion. Ce traitement est donc à la fois un procédé curatif et diagnostique qui n'est pas à négliger dans les cas douteux. En trois mois, en comptant quinze jours pour faire tomber les croûtes, cette affection de 2 ans 1/2 fut guérie radicalement, sans l'emploi du traitement interne que nous nous empressâmes d'ailleurs de prescrire sur cette constatation. Les malades, habitués tous les trois de la consultation externe, n'interrompirent pas leurs occupations ordinaires que l'affection entravait singulièrement du reste : le premier résultat, pour ainsi dire immédiat, avait été la suppression complète des douleurs.

Si le traitement général (qui dans les cas à récidive tardive, devra toujours comprendre le sublimé à l'intérieur ou les autres préparations mercurielles) est un excellent adjuvant, il ne nous a paru indispensable que pour prévenir une seconde poussée de l'affection. Le psoriasis syphilitique est une lésion qui, une fois née, peut parfaitement vivre et fructifier sur place à l'instar des colonies infectieuses. L'application locale d'un parasiticide ne peut donc être que très favorable à sa guérison. On sait depuis longtemps que les agents médicamenteux de cet ordre agissent d'autant mieux, que le liquide dans lequel ils sont dissous est porté à une température plus élevée, supportable toutefois par les tissus du corps humain. Il nous a semblé également que les bains locaux employés aussi chauds que possible donnaient encore des résultats meilleurs que ceux obtenus à l'aide des applications locales froides.

En tenant compte de toutes ces considérations, il est permis de se demander si le psoriasis palmaire à fissures suintantes n'est pas contagieux et si l'on ne peut concevoir la transmission de l'affection génératrice par cette voie exposée à tant d'attouchements de toutes sortes et de tous les instants. Nous ne doutons pas, quant à nous, de la possibilité de cette contagion. Lorsque le psoriasis palmaire et plantaire accompagne une efflorescence généralisée, celle-ci forme des lésions papulo-squameuses sur la peau et papulo-érosives sur les muqueuses. Or, puisqu'on ne songe plus à nier la contagiosité des *plaques muqueuses*, il nous semble bien difficile de ne pas admettre celle des fissures suintantes du psoriasis palmaire, puisque ce sont là des lésions de même venue et partant de même ordre et de même nature. Nous en conclurons donc que, même au point de vue de la prophylaxie, cette lésion, vu son siège, doit être activement traitée.

La solution de sublimé en applications locales à l'aide de compresses de tarlatane est également très efficace dans le traitement de certaines syphilides rebelles de la face et des avant-bras, face palmaire : elle réussit en un mot dans toutes les lésions similaires de la syphilis.

En terminant, nous dirons que, guidé par la même idée théorique et à l'instigation de M. Brouardel, nous avons employé ces applications locales de sublimé dans un cas de *lupus érythémateux* du genou datant de 6 ans chez une jeune fille de 18 ans. La guérison fut complète au bout de deux mois et demi. M. Brouardel nous a communiqué un deuxième cas du même ordre tiré de sa pratique. Ces premiers essais mériteraient, croyons-nous, d'être poursuivis par les médecins souvent appelés à traiter cette affection si rebelle et dont la nature parasitaire paraît aujourd'hui presque complètement démontrée.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

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

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

COURS DE VACANCES. — Pendant les mois d'août et septembre prochains, *un cours pratique de bactériologie* aura lieu au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. On s'inscrit d'avance au laboratoire du professeur Cornil à la nouvelle Ecole pratique.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le jeudi 22 juillet a eu lieu l'élection de 2 médecins du Bureau de Bienfaisance du XIVe arrondissement.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGT. — *Clinique nationale ophthalmologique.* — Par décision ministérielle en date du 16 juillet 1886, un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin en second de la clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice des Quinze-Vingts. MM. les Candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires. Ils remettront à l'appui de leur demande leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 16 août 1886 inclusivement.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le cerveau de Gambetta.

L'autopsie d'un malade, quel qu'il soit, est toujours intéressante, utile et profitable à la science ; s'il s'agit de celle d'un homme de génie, d'un homme de talent qui par ses seules capacités intellectuelles s'est distingué entre tous, l'examen du cadavre au point de vue anatomo-pathologique peut n'avoir qu'un intérêt banal (ce qui n'est pas toujours d'ailleurs), mais en tous cas l'étude approfondie de son cerveau par des savants compétents est, on le comprend, toujours du plus grand attrait ; c'est l'une des plus solides bases de la physiologie cérébrale et l'une des plus importantes questions dont ait à se préoccuper l'anthropologiste moderne. C'est pourquoi, lors de l'autopsie de Gambetta, pratiquée dans des circonstances encore présentes à la mémoire de tous (1), on remit à M. le professeur Mathias Duval, directeur du laboratoire d'Anthropologie à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, le cerveau de cet homme illustre, reconnu *sain* par le professeur Cornil.

Ce cerveau, pesé au moment de l'autopsie (nous reviendrons plus loin sur son poids), a été moulé par M. Chudzinski, préparateur du laboratoire, et a été récemment l'objet d'un rapport spécial à la Société d'Anthropologie de Paris. M. Duval, dans ce rapport, a fait une minutieuse étude de ce cerveau et a accompagné sa description de plusieurs dessins le représentant sur toutes ses faces; ces dessins ont été exécutés à l'aide du stéréographe de Broca. Mais jusqu'à aujourd'hui il n'a communiqué à cette Société qu'une certaine partie de ses recherches : 1° celles qui ont trait à la conformation extérieure de ce cerveau ; 2° celles qui sont relatives au poids de l'encéphale de Gambetta.

Nous allons essayer d'analyser les deux communications successives faites à cette Société par M. Duval et faire connaître d'abord ce qu'a révélé l'examen de l'écorce cérébrale (2) ; puis nous aborderons la question du poids de l'encéphale (3) ; à ce propos, une discussion s'est élevée à la Société d'Anthropologie.

1° *Circonvolutions.* — On doit considérer, dit M. Duval, le cerveau de Gambetta comme *beau* (quoique cette expression ne lui paraisse pas suffisamment scientifique), beau en ce sens qu'il conserve malgré la complication de ses plis une régularité en quelque sorte schématique. Toutes les grandes lignes y sont bien tracées et d'autre part chaque détail parait avoir sa valeur. D'une façon générale, les circonvolutions ont un développement moyen, sauf au niveau du lobe frontal.

Lobe frontal. — *a*). La première et la deuxième frontale sont en effet plus divisées que de coutume, les sillons qui les séparent moins nets et très contournés. *b*). Mais c'est surtout dans la troisième frontale qu'on trouve les particularités spéciales à ce cerveau ; elles sont du plus vif intérêt. Nous croyons devoir les relater dans tous leurs détails, car c'est là peut-être ce qu'il y a de plus attrayant dans l'étude de cet encéphale et de plus fécond en déductions physiologiques.

Il résulte des derniers travaux de Broca (1) et de l'Ecole d'Anthropologie de Paris (2) que la description de la *troisième frontale* est plus compliquée qu'on ne le croyait jadis. Ces recherches remontent déjà à plusieurs années, et cependant très peu de médecins français et étrangers en ont, à l'heure qu'il est, une idée bien nette, à en juger du moins par ce qu'ils écrivent. Pour cette raison et aussi pour l'intelligence de ce qui va suivre lorsque nous signalerons les particularités de la troisième frontale du cerveau de Gambetta, nous nous permettons, à ce propos, de décrire brièvement la configuration de ce pli si remarquable ; il importe en effet d'avoir bien présent à l'esprit le sens d'un certain nombre de mots qu'on emploie rarement d'ailleurs dans le langage anatomique (3). Ce pli, un des plus irréguliers de l'écorce cérébrale, a d'une façon grossière la forme d'un M majuscule ; on peut donc y distinguer trois parties : 1° Une portion correspondant au jambage vertical postérieur de l'M ; c'est la *racine ou portion operculaire* de la circonvolution de Broca. Elle se continue en arrière avec le pied de la frontale parallèle et le pli de passage fronto-pariétal inférieur ; elle peut être plus ou moins volumineuse, atrophiée ou même dédoublée. Rüdinger, dans un mémoire sur ce sujet, prétend l'avoir trouvée dédoublée chez un philosophe allemand très éloquent (Huber), dédoublée et très augmentée en surface chez un jurisconsulte très bien doué pour la mémoire des mots (Wulfert). Chez les nègres, elle serait ordinairement très réduite. On se rappelle que c'est ce point qui est regardé comme *plus spécialement* en rapport avec la fonction du langage articulé, si l'on s'appuie sur les données anatomo-pathologiques. 2° La partie moyenne de l'M, en forme de V, à sommet inférieur, continue avec la portion operculaire d'une part, d'autre part avec la troisième partie constituante de l'M, a été appelée *Cap* de la circonvolution de Broca. 3° Enfin, une dernière portion verticale correspond au jambage antérieur de l'M ; c'est la *portion orbitaire* qui empiète un peu sur le lobe orbitaire de la face inférieure du cerveau.

La région désignée sous le nom de *Cap* est la plus importante au point de vue qui nous occupe. Sans insister davantage sur sa formation et sa complexité qui est en relation directe avec le développement des lobes frontaux (quand ces lobes acquièrent des proportions considérables il faut bien que les circonvolutions correspondantes se plissent), avec les modifications éprouvées chez l'embryon par les deux sillons qui en avant dépendent de la scissure de Sylvius, nous ne mentionnerons ici pour ne pas sortir de notre sujet qu'un fait des plus intéressants, à savoir les variations de forme et l'importance plus ou moins grande de ce *Cap*

(1) Voir *Progrès médical*, 1883, n° 11, p. 213.
(2) Communication du 18 mars 1886 à la *Société d'Anthropologie*.
(3) Communication du 22 avril 1886, à cette même société.

(1) Broca. *Etude sur le cerveau du gorille* (*Revue d'Anthropologie*, 2e série, t. I, p. 20) ; — *Anatomie comparée des circonvolutions cérébrales* (*loc. cit.*, 3e série, t. I, p. 485).
(2) Cf. Ch. Feré. *Traité d'Anatomie médicale du système nerveux*, Paris, 1886.
(3) Cet aperçu sommaire sur la troisième frontale est emprunté aux leçons inédites de notre maître, M. le Pr Mathias Duval, leçons qui ont été faites avec le succès que l'on sait à l'Ecole d'Anthropologie en 1884 sur les *Circonvolutions cérébrales*.

© BIU Santé

suivant les espèces animales, les différentes races humaines et l'intelligence des individus. Il n'existe pas, on peut le dire, chez le gorille et le gibbon, où la 3e frontale a l'aspect d'un croissant à cheval sur la branche antérieure unique ici de la scissure de Sylvius ; d'autre part il aurait été trouvé embryonnaire chez un nègre et aurait paru manquer totalement chez un autre. Par contre Rüdinger y aurait constaté presque un commencement du dédoublement chez le philosophe allemand cité plus haut. Ces faits étant connus, voyons maintenant quelle est la configuration de la troisième frontale du cerveau de Gambetta ; il nous suffira, pour mettre le lecteur au courant de cette question, d'analyser la communication faite par M. le Pr M. Duval, en son nom et au nom de M. Chudzinski, à la Société d'Anthropologie, dans sa séance du 18 mars 1886 (1). — Dans ce cerveau, la circonvolution de Broca offre un développement extrême et présente des subdivisions qui ne se rencontrent pas dans les cerveaux ordinaires ; mais ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que le développement porte surtout (on peut même dire uniquement) sur la région du *Cap*. On y voit, en effet, *deux caps* au lieu d'un seul, accolés l'un à côté de l'autre et ayant la même forme, de sorte qu'au lieu d'un V à la partie moyenne de cette circonvolution il y en a deux, et qu'elle-même dans son ensemble représente un W flanqué latéralement de deux jambages verticaux. Par suite, à la partie antérieure de la scissure de Sylvius, on peut distinguer trois petits sillons au lieu de deux qu'on trouve ordinairement entre les jambages verticaux et la partie moyenne de l'M. C'est là le type du dédoublement du *Cap* ; on ne peut imaginer quelque chose de plus net. Ce développement inaccoutumé de la 3e frontale gauche, il est inutile de le faire remarquer, est évidemment en rapport avec les grandes qualités d'orateur de Gambetta ; il plaide, ce nous semble, d'une manière frappante en faveur des beaux travaux de Broca et de ses mémoires sur la localisation de l'aphasie et confirme une fois de plus les idées admises actuellement sur cette question. Les observations faites par Rüdinger sur les cerveaux de Huber et de Wulfert ne doivent pas non plus être oubliées quand on voudra apprécier la valeur exacte de telles constatations anatomiques, quoiqu'il s'agisse dans l'ouvrage du savant allemand du développement exagéré du *pied* de la 3e frontale, comme nous l'avons déjà indiqué. En faisant cette présentation, M. Duval a bien fait remarquer que ses observations et ses réflexions ne devaient être considérées que comme des documents relatifs à l'étude des localisations, et que pour conclure il fallait encore attendre des preuves plus abondantes et posséder d'autres descriptions de cas analogues. Ces réserves indiquent avec quelle rigueur scientifique procède le savant professeur dans cet ordre de recherches où il est si difficile de résister aux entraînements de la théorie ; elles montrent combien il faut être circonspect dans ses déductions alors même qu'on est en présence d'un fait aussi fouillé que possible, qu'on nous passe l'expression. Malgré cela, on ne peut se défendre de voir dans cette constatation matérielle, dans ce dédoublement du cap de la circonvolution de Broca, une preuve nouvelle de la localisation de la fonction du langage articulé, si l'on se rappelle quel orateur de talent était Gambetta, combien la mémoire des mots était remarquable chez lui, avec quelle rapidité et quelle justesse d'expression il exprimait ses idées.

Autres régions de l'écorce. — Les autres particularités signalées par M. Duval dans les circonvolutions de ce cerveau sont moins curieuses d'autant plus qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'en déterminer la véritable signification. Voici, *in extenso*, ce qu'on trouve à ce propos dans l'analyse de la communication du 18 mars publiée par le *Journal des Sociétés scientifiques* (1) : 1° Le *lobule quadrilatère droit* est très compliqué ; il est divisé en deux parties par un sillon qui part de la scissure occipitale. De ces deux parties, l'inférieure est subdivisée en plusieurs méandres par la présence d'une incisure à branches multiples disposées en étoiles. — 2° Le *lobe occipital* est extrêmement réduit, notamment du côté droit. — Autrement dit, développement inaccoutumé du lobule quadrilatère et atrophie marquée du lobe occipital correspondant ; ces deux faits paraissent en rapport l'un avec l'autre ; nous les citons sans commentaires, manquant de renseignements détaillés sur ce point, de même que sur les autres circonvolutions ; il eût été intéressant d'étudier l'*Insula*, mais il est probable qu'on n'y a rien vu de spécial, puisque M. Duval n'en parle pas.

2° *Poids.* — On sait, depuis longtemps, qu'entre fonctions et organes existent des relations intimes ; aussi a-t-on pensé, dès l'abord, qu'à une intelligence supérieure devait correspondre un cerveau plus volumineux, partant plus *lourd*. Pour élucider cette question on a pesé un certain nombre de cerveaux d'idiots et d'hommes célèbres. On connaît le résultat de ces recherches ; quoi qu'il en soit, l'opinion qui tend aujourd'hui à prévaloir est que l'intelligence n'est pas toujours en rapport avec le volume de l'encéphale. C'était d'ailleurs un peu l'avis de Broca, quoi qu'on en ait dit, et la pesée de son cerveau a démontré qu'il n'était pas loin de la vérité, puisque le poids moyen de l'encéphale étant de 1400 gram. au plus, le sien ne dépassait ce poids moyen que de 84 grammes ; et pourtant il avait droit à plus de 84 grammes de supplément cérébral ! Le poids du cerveau de Gambetta vient, lui aussi, corroborer cette opinion, et cela d'une façon plus démonstrative encore. Le jour de l'autopsie, ce cerveau pesait 1160 grammes d'après le professeur Cornil (voir relation de l'autopsie) (2). Toutefois ce n'est pas là le poids exact de l'encéphale de Gambetta. M. Duval a montré (3) que le chiffre donné primitivement (1160 grammes) ne devait pas être admis, une correction devant être faite pour évaluer la perte de poids

(1) Nous nous sommes servi aussi de notes prises au cours de M. Duval, en 1884, à l'École d'Anthropologie ; dès cette époque en effet il avait fait connaître à ses auditeurs les principales particularités du cerveau de Gambetta.

(1) *Journal des Sociétés scientifiques*, 1886, n° 12.

(2) Une légère erreur s'est glissée dans une des notes publiées sur ce sujet par la *Revue scientifique*. L'auteur de cette note (*Rev. scient.*, 1886, n° 14), pense que M. A. Bloch a lui-même pesé ce cerveau ; s'il s'était reporté à la relation de l'autopsie publiée en 1883, il aurait vu que ce cerveau fut pesé par M. Cornil le jour même. Il est bien entendu une fois pour toutes qu'au point de vue du *poids* cerveau est l'équivalent d'encéphale.

(3) Communication à *Société d'Anthropologie* du 22 avril 1882.

© BIU Santé

due à l'action de la substance injectée (chlorure de zinc); après des expériences tentées, il est vrai, sans beaucoup de succès, il a pu cependant, grâce à un procédé curieux d'évaluation que nous ne rapporterons pas, reconstituer le véritable poids d'une façon suffisamment approximative et a trouvé 1241 grammes. Ce nouveau chiffre est encore inférieur de plus de 150 grammes au poids moyen. Quelque explication qu'on puisse donner de ce fait, il faut bien noter la faiblesse de poids de cet encéphale. — Lors de cette communication à la Société d'Anthropologie, M. Manouvrier a essayé de prouver que le cas de Gambetta n'était pas absolument une exception à la loi qui dit : il y a une relation entre le poids du cerveau et l'intelligence, car l'anatomie comparée enseigne que bien d'autres facteurs interviennent dans la question de poids. Pour lui, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'encéphale de Gambetta soit mal doué sous le rapport *quantitatif total*; il n'était pas un homme parfait. On a pu même dire, ce qui justifie l'appréciation de M. Manouvrier, qu'il n'était ni homme de science, ni philosophe, qu'il se livrait peu aux travaux intellectuels proprement dits. Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce qu'il n'ait point un cerveau parfait, dit Manouvrier qui ajoute : cerveau parfait et homme parfait sont d'ailleurs choses probablement rares, même dans la catégorie des grands hommes. Ce qu'on ne peut nier, c'est que Gambetta était un orateur de premier ordre, qu'il était *parfait* à ce point de vue ; et une chose au moins est curieuse, c'est que sous ce rapport il était *parfait* anatomiquement parlant. Y a-t-il quelque chose de plus satisfaisant pour l'esprit que ceci : on eût pu, à la rigueur, soupçonner la qualité cérébrale dominante de Gambetta à l'examen seul de son cerveau alors même qu'on n'eût pas connu l'homme. Marcel. Baudouin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 juillet 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Guérard, ingénieur en chef des travaux du port de Marseille, résume les observations faites par lui pendant *l'épidémie cholérique de* 1885. L'auteur a établi la courbe de la mortalité quotidienne et la proportionnalité des décès suivant les différents points de la ville. La plus importante de ses conclusions est relative à l'influence des eaux alimentaires sur la marche de l'épidémie : en effet, il a remarqué que les quartiers les plus éprouvés sont ceux où les eaux destinées aux usages domestiques sont fournies par une petite rivière, *l'Huveaune*. Une coïncidence remarquable a été relevée entre l'apparition du choléra à Roquevaire, localité sise sur l'Huveaune, et l'aggravation de l'épidémie à Marseille. L'eau de cette provenance doit donc être abandonnée, afin de préserver la ville de dangers ultérieurs.

M. Marey rappelle que ces conclusions sont conformes à celles qu'il a formulées dans sont rapport à l'Académie de Médecine.

M. A. Charpentier fait connaître *une condition physiologique influençant les mesures photométriques*. Pour toute lumière simple, le minimum perceptible augmente lorsque diminue la surface rétinienne excitée, mais cette augmentation est d'autant moins rapide (l'intensité lumineuse baisse d'autant plus lentement) que la lumière considérée est moins réfrangible.

M. Bergeon étudie l'action *des injections de médicaments gazeux dans le rectum*. Dans la phthisie pulmonaire, l'auteur fait passer dans le rectum, deux fois par vingt-quatre heures, un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 gr. à 500 gr. d'eau minérale sulfureuse. Après peu de jours, il a constaté la diminution et même la suppression de la toux, de l'expectoration et des sueurs, un relèvement de l'état général et une disparition progressive des râles humides.

M. Trouessart signale la présence de *Ricins dans le tuyau des plumes des oiseaux*. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 juillet 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

M. R. Blanchard dit qu'on doute encore de la présence du *Strongle géant* chez l'homme; Davaine, en particulier, croit son existence très problématique. Cependant, l'auteur a pu voir au musée de Bucharest un spécimen femelle extrait de la vessie d'un homme par un chirurgien.

M. Hallopeau ajoute aux auteurs cités par M. Gilles de la Tourette dans la dernière séance, à propos du traitement du psoriasis palmaire et plantaire syphilitique le nom de Diday, qui a également préconisé ce traitement. L'auteur l'a aussi expérimenté et en a constaté les heureux effets. M. Gilles de la Tourette a signalé la guérison de deux cas de lupus érythémateux obtenue par ce traitement. Ces faits viennent à l'appui de la thèse soutenue par M. Hallopeau, il y a plusieurs années, sur le *contagium nocivum* du lupus. Dans certains cas où le grattage et les scarifications sont inefficaces, le mercure appliqué localement produit d'excellents effets.

M. Dupuy présente un chien auquel il a enlevé le gyrus sygmoïde des deux côtés. Cet animal présente souvent de la contracture généralisée à l'occasion de ces mouvements volontaires; il écarte beaucoup les pattes en marchant; enfin, son caractère s'est tout à fait modifié et il offre un genre d'aliénation tout particulier.

M. Kunckel fait une *communication sur l'appareil odoriférant de la punaise des lits*. (Voy. le dernier numéro, p. 599.)

M. Laborde communique le résultat de ses recherches sur la *sensibilité récurrente*. Il rappelle que le centre trophique des racines antérieures est dans la moelle et celui des racines postérieures dans le ganglion spinal. Or, quand on coupe un tissu nerveux, il y a toujours dans le bout périphérique des fibres non dégénérées : ce sont celles-là qui compliquent la sensibilité récurrente. Elle viennent des racines postérieures, et lorsqu'on réunit les deux bouts du nerf, elles se soudent aux fibres non dégénérées du bout central. Ainsi s'explique le retour presque immédiat de la sensibilité après la section d'un gros tronc nerveux et sa suture conjonctive.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juillet. — Présidence de M. U. Trélat.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national. Au premier tour de scrutin, sur 50 votants, majorité 26, M. Grasset (de Montpellier) obtient 39 suffrages, M. Tillot (de Luxeuil) 5, M. Mauricet (de Vannes) 3, M. Carlet (de Bordeaux) 2 ; il y avait dans l'urne un bulletin blanc. En conséquence, M. Grasset est nommé correspondant national de l'Académie.

M. Gallard, prenant le premier la parole sur le vinage et le mouillage des vins, combat les conclusions formulées dans le rapport de la commission. La falsification des vins, dit-il, est une question qui a préoccupé de tout temps l'hygiène publique et déjà, en 1870, l'Académie consultée, avait déclaré inoffensif ce même vinage qu'elle condamne et repousse aujourd'hui. Le seul liquide qui mérite le nom de vin est celui qui résulte de la fermentation du jus de raisin ; tout ce qui est autre n'est pas du vin et devrait être

© BIU Santé

désigné sous une appellation particulière ; mais il n'en résulte pas pour cela que tous ces produits autres que le vin et qui résultent de fabrications variées doivent être considérés comme dangereux et proscrits de l'hygiène publique. Le coupage ne change pas les éléments du vin ; quant à l'adjonction de l'eau ou de l'alcool, elle ne fait que donner au vin des éléments normaux en variant seulement la proportion ; or, nous savons par la pratique journalière de l'usage que nous en faisons, ce qu'il faut penser du mélange d'eau et de vin. Pour l'addition de l'alcool une difficulté s'élève à savoir, de reconnaître qu'elle est la proportion d'alcool surajoutée ; cette dificulté n'existerait pas si tous nos vins marquaient le même degré ; mais il n'en est rien, puisque la proportion d'alcool varie entre 7° et 13°, et, dans ces conditions, il semble bien difficile d'apprécier où commence et finit la fraude. Du reste, cette alcoolisation dangereuse des vins n'existe qu'avec les alcools supérieurs provenant de la distillation des betteraves, pommes de terre, et nous n'avons guère de moyens de déceler la présence de ces alcools nuisibles lorsqu'ils ont été bien distillés. Pour M. Gallard, l'alcool dilué qui sert aujourd'hui à la fabrication des vins, n'est pas plus nuisible que celui qui se dégage du travail de la fermentation et dans la question d'alcoolisation qui semble devoir fondre sur nous, si l'autorisation du vinage est accordée, il faut savoir que ce n'est pas l'usage du vin viné qui produit l'intoxication, mais l'abus de l'alcool en nature. Aussi, M. Gallard est-il d'avis qu'il faut favoriser la consommation du vin, quel qu'il soit, au détriment des liqueurs alcooliques, et pour ce faire, il serait nécessaire d'imposer, non les vins, mais les alcools qu'ils contiennent, suivant une proportion régulièrement croissante. Comme conclusions, M. Gallard propose d'adopter la formule suivante : que le *coupage*, le *mouillage* et le *vinage* n'ont aucun danger pour l'hygiène publique ; que le plâtrage, le bouquet artificiel, et les alcools empyreumateux soient proscrits ; que le nom de vin soit réservé exclusivement à la fermentation du jus de raisin ; que des droits fiscaux soient établis sur les vins suivant la quantité d'alcool qu'ils renferment.

M. Dujardin-Beaumetz vient défendre la commission et se servant de la définition même de M. Gallard, il dit que : « si le vin est seul digne de ce nom qui provient de la fermentation du jus de raisin, toute addition au vin est une fraude ou falsification, et par conséquent, doit être interdite. Mais de plus, le vin est autre chose qu'un mélange ; c'est un liquide vivant ; changer un de ses éléments, c'est l'altérer. Depuis 16 ans, la science a marché ; les progrès réalisés dans ces dernières années, nous font un devoir de chercher à modifier les idées qui ont été exprimées dans le rapport de 1870. Aujourd'hui, il est prouvé que plus les alcools sont élevés en série, plus ils sont toxiques et ce sont ces alcools toxiques qui sont actuellement employés dans la fabrication des vins. Aussi, l'alcoolisme s'est-il développé en proportion de la consommation des vins ainsi fabriqués ; les faits cliniques recueillis dans la pratique des hôpitaux le prouvent surabondamment et dans les faits observés, on peut dire que c'est bien à l'usage du vin qu'on doit attribuer les ravages constatés ; l'ivrognerie a disparu en partie, il est vrai, mais pour être remplacée par l'alcoolisme, cet état spécial caractérisé par la dégénérescence de tous les organes.

Aussi, M. Dujardin-Beaumetz propose-t-il d'adopter simplement les conclusions du rapport, c'est-à-dire condamner le vinage et frapper de surtaxes les vins alcoolisés.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

16. Cancer colloïde du cœcum ; par M. Lyot, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'un homme âgé de 68 ans, qui est venu s'éteindre dans le service de M. Le Dentu. Il était profondément cachectique et amaigri, sans teinte jaune pourtant. Nous n'avons obtenu aucun renseignement important sur le début ni sur la marche de son affection. On sentait à la palpation une tumeur dure remplissant la fosse iliaque et une partie de l'abdomen. La peau présentait le long de la crête iliaque trois orifices à bords décollés et violacés par lesquels la pression faisait sortir une gelée transparente. La tumeur pèse 1,700 grammes et mesure 24 centimètres de long sur 17 de large. De forme ovoïde, légèrement aplatie, elle semble étalée sous le péritoine de la fosse iliaque. Elle s'étend en dedans jusqu'à la colonne vertébrale, elle déborde en haut la crête iliaque, et en bas s'engage un peu au-dessous de l'arcade de Fallope ; le cœcum lui est adhérent par sa face postérieure et par son cul-de-sac qui font corps avec la tumeur. Le rein est appliqué sur sa face antérieure, mais son enveloppe celluleuse est intacte et on l'énuclée facilement. Il en est de même de l'uretère. Incisée, la tumeur montre une cavité anfractueuse dont les parois sont recouvertes de traînées purulentes ; cette cavité communique avec un des orifices cutanés. Les parois, d'une épaisseur d'environ deux doigts sont uniquement constituées par de la matière colloïde. Le péritoine en dedans, une mince couche fibreuse dans les autres points limitent cette masse colloïde, de sorte qu'il est possible de la disséquer sans la rompre. L'aponévrose iliaque, en contact direct avec la tumeur est épaissie, le muscle est pâle, résistant, et on remarque à l'œil nu l'hyperplasie de son tissu conjonctif.

Lorsqu'on incise l'intestin, on voit que la face postérieure du cul-de-sac cœcal et la valvule iléo-cœcale sont envahies par le néoplasme ; leur surface interne est hérissée de mamelons de substance colloïde. L'intestin ne communique pas avec la cavité de la tumeur. Il est impossible à la dissection la plus attentive de retrouver la trace de l'appendice vermiculaire qui semble avoir disparu dans le néoplasme.

Ajoutons que ni les ganglions mésentériques, ni les ganglions mésocoliques ne sont développés : ils ne dépassent pas le volume d'un pois. Tout le reste du tube digestif, tous les autres organes sont entièrement sains.

Cette tumeur est constituée par de l'épithélioma à cellules cylindriques avec dégénérescence colloïde : des coupes portant sur l'intestin au niveau des limites de la tumeur nous ont montré l'envahissement de la couche sous-muqueuse d'abord, plus loin, de toute la paroi intestinale, par de vastes cavités, la plupart circulaires, quelques-unes bourgeonnantes, tapissées d'épithélium cylindrique plus ou moins bien conservé, et remplies de matière colloïde renfermant des cellules dégénérées. Des coupes portant sur la tumeur même montrent des alvéoles remplies de matière colloïde ; dans leur cavité, on trouve des cellules migratrices mélangées aux cellules en dégénérescence colloïde. On ne retrouve plus de couche d'épithélium cylindrique. Les altérations du muscle iliaque sont celles de la myosite chronique avec dégénérescence granuleuse des fibres musculaires. Les ganglions lymphatiques n'ont pas subi d'altération.

Séance du 26 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

20. Kyste poplité développé aux dépens du prolongement sous-poplité de la synoviale du genou ; par Paul Poirier, prosecteur à la Faculté.

J'ai trouvé ce kyste en disséquant le mollet d'un sujet mâle d'environ quarante ans. Il se compose d'une masse principale développée au-dessus du soléaire, vers le tiers supérieur de ce muscle et d'un long pédicule qui remonte le long du bord externe et inférieur du muscle poplité jusqu'au prolongement sous-poplité de la synoviale du genou. La longueur totale du kyste est de dix centimètres ; sa largeur, de quatre centimètres au niveau de la masse principale, diminue progressivement le long du pédicule qui finit par un lobule kystique effilé au contact de la bulle poplitée, au prolongement poplité de la synoviale du genou avec laquelle il ne communique plus.

La surface mamelonnée de la tumeur lui donne l'apparence polykystique ; ses parois sont peu épaisses, transpa-

© BIU Santé

rentes ; le contenu est formé par une substance colloïde, semblable à de la gelée de groseille.

L'ouverture longitudinale du kyste me permit de voir que tous les lobules communiquaient entre eux; cependant j'aperçus dans la paroi kystique même de petits grains kystiques de la grosseur d'un grain de millet, qui me parurent ne pas communiquer avec la cavité principale.

Le pédicule de ce kyste était à cheval sur le bord externe du muscle poplité ; il envoyait un prolongement de trois centimètres sous la face profonde de ce muscle, entre le poplité et le ligament interosseux.

L'articulation ouverte montre les lésions d'une arthrite chronique avec léger épanchement.

M. Castex demande si M. Poirier a souvent trouvé des kystes articulaires sur la ligne médiane du jarret ?

M. Poirier n'en a rencontré qu'un cas. C'est que la synoviale ne tapisse nullement ce qu'on appelle improprement le ligament postérieur du genou et ce qui n'est qu'une expansion tendineuse du demi-membraneux. Les ligaments croisés sont les véritables ligaments postérieurs. Ils sont en dehors de la synoviale, tapissés par elle et en contact avec la face postérieure.

M. Verchère cite rapidement une observation qu'il publiera ultérieurement et où un kyste occupait la ligne médiane du creux poplité. L'ablation de la tumeur, faite sur le vivant, prouva que le kyste sortait par un orifice absolument médian du ligament postérieur.

M. Poirier n'en nie pas la possibilité, mais c'est au plus 1/20 des cas, et encore ces kystes viennent de la bourse du jumeau, filent sous le ligament postérieur et le franchissent ultérieurement.

21. Cancer primitif du rein gauche. — Cancer secondaire du foie; par Jeanton, interne des hôpitaux.

Le nommé R... Auguste, âgé de 38 ans, journalier, ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel. Pas de maladie ; acoolisme avéré (rêves, tremblements, pituites ; troubles divers de la sensibilité).

Au mois de juillet 1885 il est pris subitement, pendant son travail, d'un point de côté siégeant au-dessous des dernières côtes gauches ; le lendemain, il urine du sang. Le point de côté et l'hématurie disparaissent au bout de huit jours. Depuis cette époque jusqu'au milieu d'octobre, il éprouve, à intervalles irréguliers, ces mêmes phénomènes qui disparaissent d'eux-mêmes au bout de quelques jours. Il maigrit, il perd ses forces, si bien qu'il lui est difficile de vivre de son travail. Vers le 20 octobre, il est repris de douleurs beaucoup plus vives siégeant au-dessous des fausses-côtes gauches et droites et irradiant du côté des lombes et de la partie inférieure de l'abdomen. Son ventre, qui jusqu'alors avait subi peu de changement, prend un notable développement. Les envies d'uriner sont fréquentes, les urines épaisses, troubles, chargées de pus et de sang. Cet état s'aggravant, le sujet se présente à Cochin et est reçu dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, salle Woillez, n° 26.

A ce moment (8 novembre), le malade est notablement amaigri, mais il n'a pas le faciès cachectique ; bien qu'il ait souvent des nausées et des vomissements alimentaires ou bilieux, son appétit est conservé, ses digestions se font assez bien ; de temps à autre, un peu de diarrhée.

Ce qui frappe le plus c'est le volume excessif de son ventre, surtout à la partie supérieure. La région des deux hypochondres est remplie, surtout à droite, par une énorme tumeur dont la palpation permet difficilement de délimiter les contours ; en explorant avec la main les diverses parties de la tumeur, on trouve, à gauche de la ligne médiane (environ 4 travers de doigt) une sorte de sillon semblant séparer la tumeur en deux parties inégales. Cette disposition fait penser à une double tumeur ; on diagnostique en effet un cancer du rein et du foie. Une matité complète existe au niveau des tumeurs ; à droite, elle commence au-dessous du mamelon droit pour descendre jusque dans le flanc droit qu'elle occupe en entier ; à gauche, elle ne commence qu'à 4 travers de doigt au-dessous des fausses-côtes, mais elle descend jusque dans la fosse iliaque. La rate ne semble pas augmentée de volume.

Urine légèrement albumineuse ; pas de pus. Rien au cœur ni dans la poitrine.

Depuis son entrée dans le service jusqu'au 18 mars, il est pris, à trois ou quatre reprises différentes, de crises douloureuses, de vomissements, d'hématurie suivie parfois de rétention d'urine. Les crises, dont la durée était de 8 à 15 jours, coïncidaient avec une augmentation du volume du ventre. Dans leur intervalle, sous l'influence d'un traitement tonique, la santé du sujet s'améliore ; il a même, à un moment, repris un peu d'embonpoint, son faciès s'est légèrement coloré (10-20 janvier), ce qu'on n'avait pas encore constaté.

Le 18 mars, après une période d'accalmie et de bien-être d'une vingtaine de jours, il est brusquement repris, au milieu de la nuit, de violentes douleurs généralisées à la totalité du ventre et de vomissements bilieux continus ; les urines sont peu abondantes, très chargées de mucus et d'albumine. Ces symptômes s'aggravent les jours suivants, le ventre est extrêmement tendu, douloureux ; les préparations opiacées et les injections de morphine arrivent à peine à calmer les douleurs ; le faciès est profondément amaigri et le sujet ne peut prendre aucun aliment.

Il meurt le 22 mars à 11 h. du soir, au milieu de grandes crises de douleur.

L'autopsie est faite le 24 mars à 10 h. du matin.

1° *Cavité thoracique.* — Le poumon droit est normal ; le gauche est congestionné dans son tiers inférieur. Quelques adhérences au sommet. 100 grammes environ de liquide citrin dans la cavité pleurale.

Cœur dilaté, flasque, couleur feuille morte ; pas de lésion valvulaire.

Dans le médiastin postérieur quelques gros ganglions cancéreux.

2° *Cavité abdominale.* — Adhérences nombreuses intimes entre la paroi abdominale antérieure et les masses cancéreuses.

Le foie est très volumineux (5 kil. 1/2) ; il contient de gros noyaux de cancer encéphaloïde.

La rate, légèrement scléreuse, pèse 650 grammes.

Le rein droit est pâle, anémié, se décortique facilement. Dans son intérieur, quelques petits kystes urinaires.

Le rein gauche et la capsule surrénale forment une masse pesant 2 kilog. 50 ; masse blanchâtre d'aspect encéphaloïde avec de nombreuses granulations calcaires. Le microscope permet de reconnaître des alvéoles fibreuses arrondies renfermant de grosses cellules présentant tous les caractères de la cellule cancéreuse. Pas de dégénérescence cancéreuse dans la fosse iliaque et dans le petit bassin.

En résumé, le malade a succombé à l'affection qu'on avait diagnostiquée pendant la vie : Cancer primitif du rein gauche. Cancer secondaire du foie.

22. M. Cornil montre à la Société un cas de *cancer primitif de la vésicule biliaire* avec noyaux secondaires dans le foie.

A l'ouverture de l'abdomen, la vésicule n'apparaissait que comme une nodosité de la grosseur d'une noisette, dans laquelle on sentait des masses dures qui étaient des calculs biliaires. Cette vésicule adhérait intimement à la deuxième portion du duodénum. Cet aspect particulier de la vésicule atrophiée rentrée dans le foie fait penser à M. Cornil qu'il s'agissait bien d'un cancer primitif de la vésicule. Les noyaux du foie étaient constitués par de l'épithélioma à cellules cylindriques.

En ouvrant la vésicule par sa partie postérieure, on voit qu'elle est remplie par du pus bien lié ; au-dessous, la muqueuse est blanc grisâtre, et lorsqu'on plonge la pièce dans l'eau, on voit flotter à la surface de cette muqueuse de longues houpes blanchâtres. Il y avait lieu de se demander si on avait affaire à un épithélioma tendant à devenir villeux, comme on en voit dans la vessie.

© BIU Santé

M. Cornil est d'avis qu'on a simplement affaire à une tumeur épithéliale disséquée par le pus. Au microscope, ces houpes sont constituées par des filaments fibreux sans cellules épithéliales interposées ; on ne trouve entre eux que des globules de pus plus ou moins dégénérés.

On a une preuve que la tumeur épithéliale s'est développée primitivement dans la vésicule, par ce fait qu'il y a dans le tissu hépatique immédiatement adjacent, de gros noyaux cancéreux faisant corps avec le tissu de la vésicule et se continuant le long des gros vaisseaux biliaires.

23. Rétrécissement de l'urèthre. — Cystite aiguë. — Uréthrotomie. — Bougie siégeant depuis longtemps dans la vessie et incrustée de phosphates; par REGNAULD, interne des hôpitaux.

Le nommé F... Nicolas, âgé de 71 ans, entre le 28 février dans le service du Dr Tillaux salle Saint-Côme. Ce malade se plaint d'envies d'uriner, et raconte que depuis plusieurs années il a été soigné en ville pour un rétrécissement de l'urèthre par l'usage de bougies laissées à demeure. Un jour même il ne put, dit-il sans y attacher d'autre importance, retrouver le matin une sonde qu'on lui avait laissée la veille au soir dans le canal. Mais il ne s'en occupa pas autrement et ce n'est qu'incidemment qu'il raconte ce fait. A l'exploration, on constate un rétrécissement de l'urèthre siégeant en arrière de la racine des bourses. On ne passe que difficilement la bougie n° 3 de la filière Charrière. On trouve en outre une hypertrophie considérable de la prostate. Après avoir tenté pendant quinze jours de dilater ce rétrécissement et n'ayant obtenu aucun résultat même en laissant à demeure des bougies filiformes, M. Tillaux, voyant le malade dans un état général moins satisfaisant qu'à son entrée, et torturé par des envies incessantes d'uriner, lui fait l'uréthrotomie interne le 5 mars avec l'uréthrotome de Maisonneuve. L'opération se fait sans difficulté. Une heure après le malade est pris de frissons violents suivis de sueurs profuses et d'une forte ascension de température, 40°.8. Le soir nouvel accès de fièvre. (Sulfate de quinine, 80 centigr. ; potion de Todd, thé au rhum.)

Le lendemain, 6 *mars*, le malade va mieux. Il a bien dormi la nuit. La langue est un peu sale et pas d'appétit; purgation avec eau de Sedlitz.

Le 7 *mars*, l'appétit est revenu. Le malade va mieux, on retire la sonde facilement. Mais les envies d'uriner sont aussi fréquentes.

Le 9 *mars* au soir, le malade est pris de légers frissons avec un point de côté gauche. Quelques crachats épais et légèrement striés de sang.

Le 10 *mars*. On trouve un épanchement dans le côté gauche de la poitrine et des phénomènes de congestion dans les deux bases. La température ne dépasse pas 38°,8. Ventouses sèches, vésicatoires.

Jusqu'au 17, l'état reste stationnaire ; peu de fièvre, pas d'appétit, les crachats sanguinolents persistent. Le malade s'affaiblit un peu.

Dans la nuit du 17 au 18, le malade est pris de délire et reste sans connaissance jusqu'au 19 à 4 heures, où il s'éteint.

AUTOPSIE. — Méninges et cerveau normaux. Dans la plèvre gauche, environ 200 gr. de liquide citrin. Dans les deux poumons, congestion pulmonaire. Les deux reins paraissent sains. L'uretère gauche est un peu dilaté. Le foie, de volume normal, adhère un peu au rein droit. L'urèthre présente une ulcération siégeant à 10 centim. du méat. La muqueuse est violacée, dépolie sur une étendue d'environ 2 cent. et est revêtue de concrétions phosphatiques. La prostate volumineuse fait saillie dans la cavité et semble légèrement ulcérée au niveau de sa base. Dans la vessie, petite, à parois très épaissies, on trouve une bougie, plusieurs fois repliée circulairement sur elle-même et revêtue d'une épaisse couche de phosphates.

24. Division tardive de l'artère humérale. — Artère radiale passant au-dessus du rond pronateur ; par M. WALTHER, prosecteur des hôpitaux.

Sur un sujet mâle qui, au bras gauche, ne présentait aucune disposition anormale, nous avons rencontré une distribution irrégulière de l'artère humérale droite et une inversion de rapports absolument exceptionnelles de l'artère radiale.

L'artère humérale a, jusqu'au pli du coude, ses rapports réguliers et ses branches habituelles. Mais, au lieu de se bifurquer au pli du coude, elle descend avec une légère obliquité en dehors, s'engage sous le muscle rond pronateur et s'y divise à 5 cent. 1/2 de l'interligne articulaire. L'extrémité de l'artère se trifurque en *radiale, cubitale et interosseuse*. Ces deux dernières, quoique naissant trop bas, ont leurs rapports habituels. La *radiale* au contraire, par cette origine, est recouverte par toute la largeur du muscle rond pronateur.

La *récurrente radiale* (fig. 63) se détache directement de l'humérale, un peu au-dessous de l'interligne et passe sur le tendon du triceps pour reprendre sa situation et sa distribution normales.

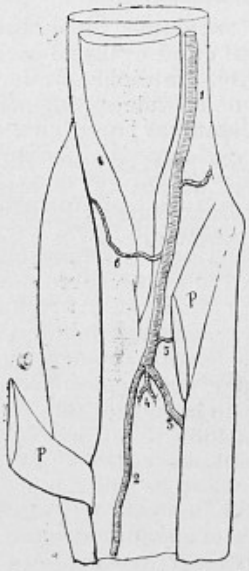


Fig. 63. — P, Muscle rond pronateur — 1. Artère humérale. — 2. Artère radiale. — 3. Artère cubitale. — 4. Artère inter-osseuse. — 5. Artère récurrente cubitale. — 6. Artère récurrente radiale.

De même, la *récurrente cubitale* naît du côté interne de l'humérale, à 4 cent. de l'interligne.

L'*artère du nerf médian* est représentée par une branche très grêle qui se détache de la radiale près de son origine. *La division tardive de l'artère humérale entraîne donc comme conséquence naturelle un changement des rapports de l'artère radiale avec le muscle rond pronateur.*

Cette anomalie est exceptionnelle. Nous n'en avons rencontré qu'une seule observation qui est consignée, avec le dessin de la pièce, dans le « Manuel de l'anatomiste » de Morel et Duval. Dans ce cas, la disposition était presque identique à celle que nous trouvons ici ; la récurrente radiale et la récurrente cubitale naissaient aussi de l'humérale; mais l'interosseuse postérieure était fournie par l'humérale, et l'antérieure par la radiale. La bifurcation de l'humérale se faisant sous le muscle rond pronateur, la radiale était masquée par ce muscle dans sa partie supérieure.

M. FARABEUF remet à la Société une somme de 200 fr., don de M. le professeur Lannelongue.

Séance du 2 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

4. Tuberculose miliaire du rein. — Bacilles dans les vaisseaux et les capillaires glomérulaires avant la formation de toute lésion irritative ; par Raymond DURAND-FARDEL.

J'apporte à la Société des coupes d'un rein renfermant des tubercules miliaires, dans lesquelles la disposition des

© BIU Santé

lésions me semble réaliser le schéma complet de l'infection tuberculeuse rapide du rein. Cette pièce est intéressante au double point de vue de la localisation primitive du tubercule dans le rein, et du processus pathogénique de la tuberculose miliaire en général. Nous décrirons d'abord les lésions observées pour en tirer ensuite brièvement les conséquences générales.

Ce rein provenait d'un adulte dont les différents viscères, apportés au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, présentaient les signes d'une tuberculose aiguë généralisée. Ce rein, disons-nous, était volumineux, à substance corticale grisâtre, et laissant voir à l'œil nu quelques rares granulations petites, isolées, toutes contenues dans la zone glomérulo-vasculaire, les unes transparentes, les autres blanc jaunâtre. En aucun point on ne trouve de masses confluentes, d'agglomération tuberculeuse.

Au microscope, sur des coupes colorées au picro-carmin ou à l'hématoxyline, on reconnaît tout d'abord des lésions interstitielles et épithéliales: les parois vasculaires sont épaissies, les tubes sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif riche en noyaux, les capsules glomérulaires sont très épaissies, et plusieurs glomérules ont complètement subi la transformation fibreuse; enfin l'épithélium des tubes contournés est granuleux et tuméfié, beaucoup de cellules n'ayant plus de noyau colorable. Nous n'insisterons pas sur cette néphrite qui peut être développée chez un tuberculeux indépendamment de la tuberculose. Cependant on sait que l'on a noté la fréquence de la néphrite interstitielle chez les phtisiques, mais c'est là une question encore à étudier, et nous avons pour but ici de montrer surtout ce qui a trait à la granulation tuberculeuse elle-même et à son point de départ.

Sur des coupes étendues on remarque déjà ce fait que la plupart de ces tubercules miliaires ont à leur centre un glomérule plus ou moins facile à reconnaître suivant le degré de caséification. Dans certaines d'entre elles, on voit à peine au milieu de la masse caséeuse une forme arrondie à bords faiblement arrêtés et présentant une sorte de pédicule; dans d'autres points, on voit, au milieu d'une granulation tuberculeuse où les noyaux embryonnaires se colorent vivement, un glomérule à structure nettement reconnaissable, entouré de la capsule plus ou moins épaissie; parfois, on distingue dans la cavité glomérulaire une légère prolifération de cellules nucléées. Ces granulations périglomérulaires ne sont pas les seules que l'on rencontre; on voit aussi des amas tuberculeux périvasculaires, tels qu'ils sont décrits depuis longtemps.

Nous avons préparé un grand nombre de ces coupes, suivant la méthode d'Ehrlich, en employant la *rubine* comme matière colorante. Les résultats de notre examen présentent un intérêt tout particulier. Nous avons constaté la présence de bacilles en quantité considérable dans les diverses lésions que nous venons de décrire: ils fourmillent entre les éléments embryonnaires des granulations périglomérulaires et on en voit un grand nombre dans les glomérules qui sont compris au milieu de ces granulations. Dans un point on remarque un vaisseau entouré d'un îlot tuberculeux qui lui forme manchon, vaisseau dont la lumière remplie par un caillot sanguin est à ce point bourrée de bacilles qu'avec l'objectif n° 1 de Vérick on le voit former une sorte de boyau rouge. On retrouve le même aspect dans beaucoup de points où la section a porté plus ou moins perpendiculairement à la direction des vaisseaux.

En continuant l'examen de nos coupes, nous nous sommes trouvé en face d'un fait dont la signification nous a semblé des plus importantes, et qui, croyons-nous, n'a encore été signalé nulle part: sur une des préparations on aperçoit, même à un faible grossissement, un glomérule isolé au milieu du tissu rénal sain, ou du moins, ne présentant que les altérations de néphrite déjà signalées plus haut; il n'y a pas trace, au voisinage, de follicules tuberculeux ni de prolifération embryonnaire, rien qui indique encore un travail néoplasique. Or, ce glomérule offre une coloration rouge intense surtout marquée sur l'un des bords du bouquet vasculaire; en regardant avec un fort grossissement on voit que cette teinte rouge est produite par une accumulation considérable de bacilles contenus dans les parois et dans la lumière des capillaires glomérulaires. Un peu plus loin, et dans d'autres coupes également, on peut voir des vaisseaux rouges coupés en travers remplis par des bacilles, sans qu'il y ait autour d'eux trace de produits inflammatoires: ils sont immédiatement entourés des éléments normaux qui constituent la zone corticale du rein. Notons, enfin, que dans un seul point nous avons vu nettement des bacilles contenus dans la lumière et les cellules de deux tubes contournés non compris dans une granulation tuberculeuse.

Réflexions. — La constatation de tels faits nous semble d'une importance capitale. Ainsi donc, il est possible de trouver les bacilles de Koch dans les voies vasculaires en dehors de toute lésion irritative, c'est-à-dire avant qu'ils aient eu le temps de provoquer autour d'eux le travail de prolifération qui constitue la granulation tuberculeuse. C'est donc réellement la circulation sanguine qui est l'agent vecteur de ce micro-organisme. C'est là une idée qui n'est pas nouvelle, et qui devait surgir dès que l'on connaissait d'une part le bacille pathogène de la tuberculose, et que l'on observait d'autre part la généralisation rapide des lésions dans la tuberculose miliaire aiguë. Mais jusqu'à présent, on n'avait guère noté la présence des bacilles tuberculeux dans la lumière des vaisseaux que lorsque ces vaisseaux étaient compris dans la masse tuberculeuse et qu'il y avait obstruction de leur calibre par un caillot; on observait alors en même temps des bacilles au milieu des éléments embryonnaires périphériques, et l'on pouvait se demander si ceux qui étaient dans l'intérieur du vaisseau s'y trouvaient primitivement ou secondairement. Les faits que nous rapportons nous semblent propres à trancher cette question, car nous les avons pris sur le fait dans leurs voies de transmission.

Baumgarten, dans un mémoire paru en 1885 (*Ueber Tuberkel und Tuberkulose*, Berlin), publie les résultats d'expérimentations dans lesquelles il a observé la présence de bacilles « dans les anses glomérulaires, dans l'épithélium des canaux contournés, où ils sont parvenus, vraisemblablement, soit en sortant des vaisseaux capillaires voisins, soit, chose possible, vu la proximité du glomérule, qu'ils aient été amenés là par le courant de l'urine. » Ce sont là des faits expérimentaux qui concordent absolument avec ceux que nous venons d'observer sur l'homme. Ceci admis, il n'y a plus lieu de s'étonner de la fréquence de la localisation des granulations tuberculeuses initiales autour du glomérule: cet appareil vasculaire spécial se trouve en effet dans les meilleures conditions anatomiques et physiologiques pour être le premier atteint par un agent infectieux figuré contenu dans le milieu sanguin. Nous ne développerons pas ici toutes les considérations qui peuvent découler de semblables faits, nous réservant de le faire dans un autre travail; nous avons seulement voulu soumettre à l'examen de la Société les pièces dont la signification est assez claire d'elle-même, et qui seront reproduites dans les planches de notre thèse.

M. Cornil fait remarquer que ces faits contredisent ce qu'on avait cru jusqu'ici, à savoir que le bacille tuberculeux ne pouvait se rencontrer qu'au milieu de lésions irritatives. Il faudra désormais renoncer à ce caractère distinctif entre le bacille de Koch et le bacille de la lèpre qui, lui, se rencontre souvent dans des tissus ne présentant aucune trace d'inflammation.

5. Tumeur de la vessie chez la femme. — Taille hypogastrique, guérison; par M. P. Bazy.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, opérée en novembre 1884.

Les troubles urinaires chez cette femme, bien portante d'ailleurs, s'étaient montrés quatre ans auparavant dans le cours d'une grossesse. Ils ont consisté dans des phénomènes de rétention d'urine suivis de symptômes de cystite du col; ils disparurent après quelques jours et se montrèrent après l'accouchement sous forme de mictions fréquentes et de douleurs à la fin de la miction. Elle consulta

© BIU Santé

alors M. Mercier, qui lui proposa de lui faire des injections de nitrate d'argent. Bientôt se montra de la rétention, qui obligea la malade à se sonder, d'abord trois ou quatre fois par jour, puis à des intervalles plus rapprochés. Bientôt les douleurs reparurent et obligèrent la malade à se sonder toutes les heures, toutes les demi-heures et souvent tous les quarts d'heure. Le cathétérisme se faisait avec beaucoup de douleur et arrachait des cris à la malade, malgré son courage.

Elle consulta pendant ces quatre ans un très grand nombre de médecins et de chirurgiens, qui lui firent divers traitements : injections d'acide borique, capsules de térébenthine, de santal, les eaux de Contrexéville, l'électrisation de la vessie, la dilatation de l'urèthre.

Les diagnostics en rapport avec ces traitements furent cystite chronique, cystite pseudo-membraneuse, paralysie de la vessie, rétrécissement de l'urèthre, etc.

Quand je la vis en octobre 1884, elle souffrait tellement que je ne pus l'examiner. Je proposai la chloroformisation pour pratiquer cet examen, et soupçonnant l'existence d'une tumeur de la vessie, je pris tous les instruments pour l'opérer par la voie uréthrale. Le 20 octobre, la malade fut endormie; l'urèthre dilaté, le doigt introduit dans la vessie me fit sentir une tumeur dure, de consistance fibreuse, du volume d'un œuf de dinde, qui me parut adhérente par la moitié de son étendue à la face latérale gauche et à la paroi supérieure de la vessie.

L'opération par la voie uréthrale reconnue impossible, je proposai la taille hypogastrique, qui fut acceptée et que je pratiquai le 26 novembre 1884. Je cherchai de nouveau à enlever la tumeur par la voie uréthrale; je vis que ce serait impossible. J'introduisis le ballon de Petersen par le vagin et je pratiquai l'injection de la vessie; l'urèthre fut maintenu fermé avec le doigt, pressant l'urèthre contre le pubis.

L'opération ne présenta rien de particulier; arrivé dans la vessie, je me rendis compte des connexions de la tumeur avec cet organe, et je m'aperçus bientôt qu'elle n'était adhérente à la paroi vésicale que par un pédicule du volume du petit doigt, s'insérant derrière la symphyse pubienne, au-dessus de l'orifice uréthral.

Ce fait est intéressant à constater, car les renseignements donnés par le toucher uréthral étaient erronés; ce qui prouve combien l'exploration par la boutonnière périnéale chez l'homme peut être insuffisante et combien l'opération par cette voie peut être elle-même insuffisante et dangereuse. Du reste, sir H. Thompson, le défenseur le plus autorisé des opérations de néoplasmes vésicaux par la boutonnière périnéale, semble être actuellement revenu de sa première opinion et vouloir désormais opérer les tumeurs vésicales par la voie hypogastrique, dont j'ai montré les avantages dans mon mémoire lu à la Société de chirurgie (séance du 16 juin 1884, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, sept. et oct. 1884).

Les suites de l'opération furent simples. La malade a très bien guéri. Un mois après, elle urinait seule sans aucune douleur, et quatre à cinq fois dans les 24 heures. J'ajouterai qu'en même temps que la tumeur, j'enlevai un calcul phosphatique du volume d'un petit œuf de poule qui était fractionné en deux morceaux.

L'*examen histologique* pratiqué par mon ami Albarran, interne des hôpitaux, au Collège de France a montré qu'il s'agissait d'un fibrome presque pur, avec quelques éléments embryonnaires disséminés çà et là.

Cette femme est morte dans les premiers jours de juin de congestion pulmonaire, qui l'a surprise au milieu de la santé la plus parfaite et l'a enlevée en trois jours. Ce diagnostic de congestion pulmonaire est celui qui a été porté par le médecin traitant; quoi qu'il en soit, le mari de la malade m'a dit qu'elle est morte avec des phénomènes d'asphyxie.

6. M. Cazals montre un *testicule tuberculeux* enlevé à un homme de 53 ans, par M. Félizet, à l'hôpital Beaujon. L'hydrocèle était assez abondante; l'autre testicule offrait une légère induration de l'épididyme. Aucune trace de tuberculose dans les autres organes.

A l'incision on trouve un abcès caséeux de l'épididyme, lequel est induré par places et contient de nombreuses granulations miliaires. Le testicule est sain; l'affection est de date très récente.

7. Broncho-pneumonie grippale et endocardite ulcéreuse à pneumonocoques. — Rétrécissement mitral ancien, et traces de vieux infarctus dans les reins et la rate. — Ulcère rond de l'estomac d'origine probablement embolique; par J. Bezançon, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent d'une jeune femme de 23 ans, morte mardi dernier dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié. Elle ne sait pas le français, et ne peut nous dire son histoire pathologique. Nous savons seulement qu'avant d'entrer à l'hôpital elle a toussé pendant une quinzaine de jours, et qu'elle s'est plainte de courbature et de douleurs vagues dans les membres. Le 8 mars, elle a frissonné. Elle entre à la salle Lorain le 11 mars, avec un point de côté, de la dyspnée, de la fièvre, une expectoration visqueuse et colorée en rose. On diagnostique *pneumonie grippale*, localisée à la base gauche. Quelques râles muqueux disséminés dans le reste de la poitrine. Les crachats contiennent de nombreux pneumonocoques. La fièvre est modérée, le pouls fréquent, petit, mais régulier. Rien à l'examen clinique des autres viscères; rien *au cœur*, ni dans la gorge. Pas d'albuminurie. Dans la nuit du septième au huitième jour, la malade fait une fausse couche, de 3 mois et demi. Le placenta n'a malheureusement pas été examiné. A partir de ce moment, la fièvre décline. Le onzième jour, la défervescence est achevée, et la malade demande à manger. Les signes physiques persistent au poumon gauche. Le 25 mars, dix-neuvième jour de la maladie, la malade est prise dans la soirée d'un frisson violent et sa température monte à 40°,5. Le 26 au matin, la fièvre est tombée; mais un nouvel accès semblable au précédent survient à 2 heures de l'après-midi. La fièvre ne quitte plus la malade, et elle meurt 4 jours après, sans qu'on ait pu affirmer une autre localisation pulmonaire, et sans qu'elle ait présenté de douleur du côté de l'utérus. Vers la fin de la maladie, pas plus qu'à son début, on n'a rien constaté au cœur. Traces d'albumine dans les derniers jours.

Autopsie. Rien aux *plèvres*, sauf quelques adhérences fibreuses anciennes, à droite.

Poumon gauche. Coloration rouge brunâtre des deux tiers inférieurs, plus foncée par places. Pas d'état granuleux. Zones multiples de splénisation, correspondant à des foyers de broncho-pneumonie; un peu de pus dans quelques petites bronches. Zone d'atélectasie à la base du lobe inférieur. — *Poumon droit*. Lésions anciennes de pneumonie interstitielle ardoisée. Pas de foyers récents. Congestion généralisée.

Péricarde. Normal. — *Cœur* de dimensions normales. Muscle flasque et mou, cœur arrêté en diastole, avec caillots fibrineux récents. Sur les valvules sigmoïdes de l'aorte et sur la tricuspide, quelques végétations disséminées du volume d'une tête d'épingle. Elles siègent toutes sur la face ventriculaire des valvules; on les détache facilement, et au-dessous d'elles l'endocarde paraît intact. Au niveau de l'orifice mitral, ces végétations sont plus nombreuses et plus volumineuses. Mais cette localisation prédominante s'est faite sur des valvules anciennement modifiées. L'orifice est notablement sténosé, avec épaississement et état verruqueux des bords des deux valves. Un fragment d'une végétation endocardique récente, écrasé entre deux lamelles et coloré au violet de gentiane, montre, au lieu des amas de staphylocoques, quelques pneumococci.

Le *péritoine* est sain et ne contient pas de liquide. — Rien au *foie* ni au *pancréas*. — *Rate*. Volume double de l'état normal. On sent sous la capsule des nodosités du volume d'une noisette, au niveau desquelles la capsule est épaissie. A la coupe, on voit que ces nodosités correspondent à des infarctus de date et de dimensions variables.

© BIU Santé

— *Estomac.* Au voisinage du cardia, ulcération régulièrement circulaire, de la dimension d'une pièce d'un franc. Les bords sont taillés à pic, mais non saillants. Le fond de l'ulcération est plat, grisâtre. Il repose sur les fibres musculaires mises à nu. Sur la face externe de l'estomac, au point correspondant à l'ulcère, léger épaississement du péritoine. Dans les tractus vasculaires qui passent en ce point, il est impossible de trouver trace d'une oblitération artérielle. — *Utérus.* Pas de trace de lymphangite ni de phlébite péri-utérine. Annexes en bon état. — *Plaie placentaire* de bon aspect. — *Rein droit.* Contracté, dur, petit. Sillonné de dépressions étoilées, profondes, au niveau desquelles la capsule est épaissie et très adhérente. A la coupe, tissu de cicatrice au niveau des dépressions. — *Rein gauche.* Un peu volumineux et congestionné.

Réflexions. — Dans cette observation nous relevons les faits suivants : 1° La présence des pneumonocoques que nous avons presque constamment constatés dans l'expectoration des nombreux malades touchés par la constitution saisonnière et présentant les signes de ces broncho-pneumonies ou de ces pneumonies grippales à allures si insolites; 2° l'existence simultanée d'une endocardite infectieuse à pneumonocoques, sans embolies septiques, contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans l'endocardite ulcéreuse commune avec microbes de la suppuration ; 3° la localisation prédominante de cette endocardite au niveau des valvules anciennement altérées.

M. Netter, Il y a deux formes d'endocardite infectieuse dans la pneumonie : la première survenant au cours de la maladie, l'autre pouvant tarder beaucoup plus et n'apparaître même que le soixante-douzième jour. Dans ce cas d'endocardite avec pneumocoques présenté par M. Besançon, M. Netter a obtenu, par inoculation à des lapins, la mort d'un de ces animaux. Il présentera à la prochaine séance une note sur ce sujet. (*Voir séance du 9 avril* 1886.)

M. Cornil. Ce fait doit faire penser qu'il s'agissait du pseudo-pneumocoque de Passet. Il a trouvé dans les autopsies de pneumonies de cette année très souvent de la pleurésie du côté opposé, 7 ou 8 fois de la péricardite et un peu plus rarement de l'endocardite et de la méningite.

8. Kyste hydatique suppuré du foie. — Ouverture spontanée à la peau. — Autopsie 8 ans après la guérison; par Armand Lefèvre, interne des hôpitaux.

La nommée B... Virginie, journalière, actuellement âgée de 62 ans, entrait le 5 août 1878 dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin, salle Sainte-Rose, n° 8, malade depuis cinq ans d'un kyste hydatique du foie. Le 20 août, le kyste suppuré s'ouvrait spontanément à la peau, au-dessous de la partie moyenne du rebord costal droit. Le drainage ayant été pratiqué, la malade sortait de l'hôpital le 28 octobre 1878 en voie de guérison. Rentrée à l'hôpital de la Charité, le 12 mars 1886, salle Sainte-Rose, n° 4, elle nous apprend que la fistule qu'elle portait encore à sa sortie s'est fermée peu de temps après. Depuis ce temps elle n'a éprouvé aucun phénomène anormal du côté du foie, la santé générale est restée bonne jusqu'à l'année dernière. Depuis un an elle est prise de toux et d'expectoration avec perte des forces et amaigrissement. Actuellement, la maigreur est très prononcée, la toux fréquente, l'expectoration abondante formée de crachats purulents nummulaires. A l'examen de la poitrine, on trouve à droite des râles muqueux et sibilants sur toute la hauteur du poumon en avant ; en arrière du gargouillement au sommet. A gauche, râles muqueux et sibilants, frottements à la partie postérieure. A la partie moyenne du rebord des fausses côtes droites, la peau porte une cicatrice blanche, étoilée, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, sans adhérence aux parties profondes. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Traitement : narcotiques et toniques. Les jours suivants même état, toux et expectoration persistantes.

Le 24 *mars*. Dyspnée.

Le 25. Dyspnée intense, cyanose, absence d'expectoration, râle trachéal, mort à 11 heures.

A l'autopsie : Au sommet du poumon droit et en arrière adhérences pleurales ; un peu d'épanchement séro-purulent dans la plèvre droite. A gauche, adhérences du poumon sur toute la hauteur du bord postérieur, caverne tuberculeuse du volume d'une mandarine au sommet du poumon droit. Les deux poumons, emphysémateux, présentent dans toute leur étendue un semis de granulations tuberculeuses. Le cœur est de volume normal, le myocarde légèrement jaunâtre, les valvules saines. Pas d'altération des reins ni de la rate. Les ganglions mésentériques sont volumineux, caséeux en certains points. Le foie présente à son bord antérieur, au niveau de la vésicule, une échancrure profonde, en forme de V ouvert en avant, qui le divise en un lobe droit volumineux situé dans l'hypochondre droit et un lobe gauche aplati, triangulaire, situé à gauche de la ligne médiane au-devant de l'estomac ; les deux lobes sont réunis en arrière de l'échancrure par un pont arrondi d'un diamètre de 6 à 8 centimètres, présentant à sa face inférieure le lobule de Spigel normalement conformé et plus en avant la vésicule biliaire petite et perméable. La substance du foie présente son aspect normal, sauf un léger état de dégénérescence graisseuse. L'échancrure est comblée par un tissu cellulaire lâche au milieu duquel on sent un noyau dur, du volume d'une noix, à surface inégale ; il est situé au sommet de l'échancrure, au-dessus du fond de la vésicule biliaire et adhère en arrière à la substance hépatique. A la coupe, ce noyau est composé d'une masse calcifiée, de consistance osseuse, sous forme d'une bande de 8 millimètres d'épaisseur plissée sur elle-même à la façon des circonvolutions cérébrales et laissant à son centre un point de 2 millimètres de diamètre de consistance cartilagineuse.

Le tissu cellulaire qui comble l'échancrure se continue en avant avec la face postérieure de la paroi abdominale ; il est lâche et ne présente aucun épaississement fibreux aboutissant à la cicatrice cutanée ; il se perd en haut sous forme de membranes ténues, cloisonnées, faisant adhérer la face convexe du foie au diaphragme de chaque côté du ligament suspenseur.

9. Fracture ancienne du coude; par Walther, prosecteur des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur un homme de soixante ans qui ne présentait aucune autre lésion du squelette. Le coude gauche est augmenté de volume. Le diamètre transversal atteint 10 centimètres. La région du pli du coude est déformée et offre en dehors une voussure assez accentuée. La palpation permet de reconnaître en dedans l'épitrochlée qui est peu saillante et comme masquée par une masse dure, osseuse, occupant toute la face interne de l'extrémité humérale.

En dehors, on trouve une saillie osseuse, irrégulière qui ne fait pas corps avec l'humérus sur lequel elle est mobile ; elle suit, du reste, les mouvements de flexion de l'avant-bras et a un volume bien plus considérable que l'épicondyle à l'état normal. Les mouvements sont faciles mais limités. L'avant-bras arrive presque à l'extension complète. La flexion s'arrête à 80° environ. Pas de mouvements de latéralité. A la dissection, on constate un épaississement considérable des tissus fibreux péri-articulaires qui adhèrent intimement aux muscles périphériques. La section transversale de cette capsule épaissie montre nettement les lésions qui résultent d'une fracture ancienne de l'extrémité inférieure de l'humérus, fracture à trois fragments, la trochlée ayant été séparée du condyle.

Le fragment interne s'est soudé à l'extrémité inférieure de l'humérus, suivant une ligne rugueuse, inégale, facile à constater à travers la capsule. Le fragment externe, au contraire, formé par le condyle et l'épicondyle est resté mobile. Il est très volumineux, déformé, revêt l'aspect d'une masse triangulaire, placée comme un coin entre l'humérus et la tête du radius. Les surfaces correspon-

© BIU Santé

dantes de l'humérus et de ce fragment sont tapissées d'une couche blanchâtre, d'aspect fibro-cartilagineux, et l'examen de minces fragments de cette couche montre qu'elle est constituée sur la limite des surfaces articulaires normales par du cartilage pur ; au centre de l'articulation nouvelle, par du fibro-cartilage. La tête du radius déformée, arrondie sur sa face supérieure, est très volumineuse.

Enfin, au-devant du cubitus, se trouve un corps osseux isolé, s'attachant en bas à l'apophyse coronoïde par des tractus fibreux très épais, et moulé, par sa face postérieure tapissée de fibro-cartilage sur la trochlée humérale. Des brides fibreuses épaisses et résistantes cloisonnent l'articulation, étendues de l'espace radio-cubital au bord externe de la trochlée et s'insérant dans le sillon du trait de fracture qui limite cette surface. Le fragment externe est attaché au radius par des brides courtes et serrées qui renforcent le ligament latéral externe et se prolongent sur toute la partie antéro-externe de la capsule articulaire. Il en résulte une union intime de ce fragment et de la tête du radius.

Il s'agit donc ici d'une ancienne fracture à trois frag-

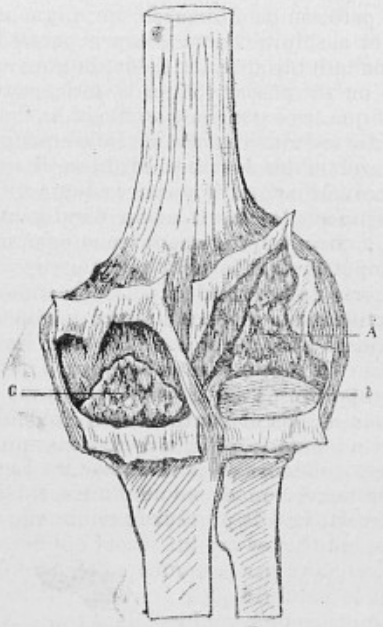


Fig. 64. Fracture ancienne du coude.—*A.* Fragment externe comprenant le condyle et l'épicondyle. — *B.* Tête du radius. — *C.* — Fragment détaché de l'apophyse coronoïde. Sur toutes ces parties on constate des lésions d'arthrite sèche.

ments (fracture en Y) de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec consolidation régulière du fragment interne, tandis que le fragment externe forme avec l'humérus une articulation nouvelle tapissée de fibro-cartilage. Il est uni à la tête du radius dont il suit les mouvements de flexion et d'extension et dont il n'empêche point les mouvements de rotation.

Sur les extrémités articulaires, aussi bien que sur le fragment mobile, on constate des lésions avancées d'arthrite sèche qui auraient pu en imposer au premier abord sur la nature de l'affection et qui sont caractérisées par des déformations osseuses, des exostoses et des ostéophytes de petites dimensions. La tête du radius, l'olécrâne, sont déformés par une hypertrophie considérable.

Le corps osseux mobile qui est situé au-dessus de l'apophyse coronoïde semble être un fragment détaché de cette apophyse et qui a aussi subi une hypertrophie et des déformations analogues à celles des autres parties du squelette de l'articulation.

Les observations anatomiques de ce genre sont rares. Il ne s'agit pas ici, en effet, de ces fragments restés isolés après une fracture articulaire, comme on en trouve de très nombreux exemples. Le fragment externe, condylien, uni au radius par ses ligaments normaux renforcés de tissus fibreux nouveaux, a formé avec l'humérus une véritable articulation tapissée de fibro-cartilage ; des mouvements s'y accomplissent réguliers et faciles, quoique moins étendus qu'à l'état normal.

On trouve dans les auteurs nombre de cas dans lesquels les mouvements se sont rétablis malgré l'absence de consolidation et, Hamilton, entre autres, cite cinq observations cliniques de fractures du condyle dans lesquelles il a pu assister à ce rétablissement rapide de la fonction, et il note que dans tous ces cas le fragment semblait intimement uni à la tête du radius dont il suivait les mouvements. Mais dans tous ces faits, il n'y avait que fracture du condyle et non pas fracture complète de toute l'extrémité articulaire de l'humérus.

Pingaud (article Coude, Dict. encycl.) cite deux observations anatomiques dans lesquelles l'humérus est uni au fragment externe par une pseudarthrose fibreuse : 1° pièce de Bouisson (collection de Dubreuil) ; 2° pièce de Smith (Dublin Quart. Journal, vol. I, 1846). Malgaigne reproduit un exemple de pseudarthrose presque identique à celui-ci, mais avec fracture du condyle seul.

On est donc généralement d'accord pour admettre que les fractures du condyle se terminent souvent par pseudarthrose ; celles de la trochlée donnent ordinairement lieu à une consolidation osseuse et souvent à une ankylose. Or, dans l'observation que je présente, on trouve, sans ankylose, une consolidation osseuse du fragment interne de la trochlée, et une pseudarthrose complète, articulaire, du fragment externe.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

VII. Kystes hydatiques des os ; par le Dr Gangolphe. — Octave Doin, place de l'Odéon, Paris, 1886.

VII. Les kystes hydatiques des os sont d'une extrême rareté puisqu'on n'en connait que 52 observations lesquelles d'ailleurs ne sont pas toutes d'égale valeur. L'auteur, avant d'aborder son sujet, a cru bon d'exposer aussi succinctement que possible des considérations générales sur les kystes hydatiques et l'helminthe qui les cause (1) ; comme on le pense bien, il a songé au début à recourir à l'expérimentation, à faire quelques recherches originales sur quelques questions intéressantes se rattachant à cette affection, *mais*... mais il y a un *mais* ; comme toujours, en pareille occurence, le temps a fait défaut et il a fallu, pour terminer à l'heure cette monographie, négliger ce qu'il y aurait eu de curieux à étudier.

Un premier fait, méconnu jusqu'alors sauf par Virchow, et bien mis en lumière par M. Gangolphe, c'est que presque tous les kystes hydatiques des os appartiennent à une variété très rare dans les autres viscères, la variété *multi-loculaire* ; cependant la variété *uni-loculaire* se rencontre aussi. Ces kystes sont le plus souvent primitifs et ne proviennent probablement jamais de l'envahissement secondaire du tissu osseux par des échinocoques des parties molles. Au début, il y a une infiltration d'hydatides dans le tissu spongieux, puis formation de grandes cavités. Les os atteints sont usés et finalement détruits ; parfois il y a même des lamelles osseuses emprisonnées ; la fracture spontanée est une des conséquences les plus fréquemment observées. Sans s'appesantir sur l'étiologie encore mal connue, M. Gangolphe passe à l'étude des symptômes, insiste sur l'in-

(1) Il eût peut-être été aussi simple de renvoyer le lecteur à un traité de zoologie médicale. C'est avec raison qu'il insiste sur la formation d'hydatides par bourgeonnement exogène dans les *os* chez l'homme, car dans les autres organes c'est généralement le contraire qui a lieu. M. Gangolphe, résumant M. Blanchard (*Zoologie médicale*), cite deux faits intéressants dans l'histoire du développement de l'hydatide et que nous croyons devoir signaler parce qu'ils ne sont pas mentionnés dans les classiques : 1° On a eu tort de répéter que dans les cas d'hydatides endogènes la vésicule-mère et la vésicule-fille étaient toujours des *acéphalocystes* ; ce n'est pas exact (voir obs. d'Erschricht, Helm, et celle de M. Blanchard, faite sur un kyste hydatique du foie que nous lui avons remis nous-même tout récemment). 2° On a aussi prétendu à tort que les deux modes de prolifération endogène et exogène s'excluaient toujours réciproquement ; c'est inexact (voir obs. Kuster, Moniez).

© BIU Santé

dolence de la lésion, les caractères de la tuméfaction osseuse, l'absence du frémissement hydatique. Il montre que ces symptômes sont variables avec le siège du kyste et reconnaît que le diagnostic est souvent très difficile, si l'on ne fait pas de ponction exploratrice. Ouvrir largement, antiseptiquement, en évidant l'os autant qu'il le faut, voilà pour le traitement; encore faut-il quelquefois recourir à des moyens plus énergiques, tels que la résection et l'amputation.

En somme, bonne monographie où la bibliographie a été soignée, où l'on n'a pas oublié la pathologie comparée, et où quelques figures viennent distraire le lecteur fatigué par un sujet aussi aride, en même temps qu'elles facilitent la compréhension du texte. MARC. B.

CORRESPONDANCE

Les médecins italiens et la Condotta médicale. (*Suite*) (1).

Bologne 8 mai 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Autrefois les médecins Condotti devaient seulement soigner les indigents. Puis les communes trouvèrent avantageux, en augmentant leur salaire, d'étendre leurs soins à la population tout entière. Sur les 7.565 communes qui, en 1882, avaient des médecins payés par les municipalités, dans 4.154, les médecins soignaient tous les habitants (médecins à Condotta piena), dans 3.411 ils étaient obligés seulement au traitement des indigents. La première forme de Condotta est en usage surtout dans les communes de la Lombardie, de l'Ombrie, des Marches, de la Toscane et de Rome, la seconde dans le Piémont, l'Emilie et la Sicile. Aujourd'hui les devoirs des Condotti sont complexes. Non seulement ils soignent les malades, mais ils doivent veiller à la salubrité publique, examiner les denrées alimentaires, surveiller l'exécution des règlements de police relatifs à l'hygiène, inspecter les hôpitaux, les écoles et les salles d'asile, surveiller les inhumations, signaler l'apparition des maladies contagieuses, faire les vaccinations et revaccinations, dresser les bulletins de statistique sanitaire, etc. Les Condotti non seulement existent maintenant dans les campagnes et les petites villes, mais les grandes cités comme Milan et Bologne en ont un certain nombre. S'il y a plusieurs Condotti dans une commune, l'un d'eux à la prééminence sur les autres et prend le nom de primario. La plupart des Condotti sont médecins et chirurgiens. Dans quelques communes il y a des médecins et des chirurgiens. Sur les 9.027 Condotti en 1882, 7.343 étaient médecins et chirurgiens, 1,093 médecins et 591 seulement chirurgiens.

Quand une place de Condotto est vacante, la municipalité fait immédiatement afficher des avis de concours dans les diverses Facultés de médecine et les journaux médicaux les publient. En voici un modèle.

Commune de Montalcino. Province de Sienne.

Avis de concours.

Le 20 mars prochain, un Concours est ouvert pour la Condotta médico-chirurgicale de la fraction de Torrenieri, avec résidence à Montalcino. Le traitement est de 2.650 fr., payables en douze termes égaux, avec retenue pour la taxe de richesse mobilière. Le titulaire aura le droit de percevoir en outre 50 centimes pour chaque première visite au delà de deux kilomètres et 1 fr. pour une distance plus éloignée. Il jouira du droit à la pension conformément au règlement du 22 septembre 1885. Les charges résultant du contrat sont les suivantes:

Soins gratuits donnés à tous les habitants contenus dans la fraction susdite, pour toute maladie médicale et chirurgicale, exécution de toutes les opérations compatibles avec une Condotta de campagne. Inoculation du virus vaccin. Visite sanitaire aux vivres et boissons à la requête de l'autorité municipale. Rédaction des statistiques sanitaires. Entretien d'un cheval. Les candidats devront faire parvenir au secrétariat leur demande sur papier timbré, avant la fermeture du concours ainsi que les documents suivants: 1° Diplôme de libre exercice de médecine et de chirurgie (laurea); 2° Acte de naissance; 3° Etat de famille indiquant les personnes que le candidat aura sous son toit; 4° Certificat de bonne constitution; 5° Certificat de bonne vue; 6° Certificat de bonne conduite délivré par le syndic; 7° Tous les certificats pouvant établir la capacité du concurrent. Montalcino, 14 février 1886.

« Le syndic. »

C'est d'après le seul examen de ces pièces envoyées par les différents candidats, que la municipalité choisit celui qui paraît le mieux lui convenir. Le médecin élu, avant d'entrer en fonctions, doit signer un contrat (capitolato) où sont détaillés ses droits et devoirs. Nous devons en publier un exemple pour que le lecteur se fasse une idée exacte de la situation du Condotto vis-à-vis de la municipalité dont il dépend. La traduction est aussi littérale que possible.

« *Contrat entre la commune de Castelfranco de l'Emilia et le médecin-chirurgien Condotto pour la fraction de Puimazzo :* 1° Le médecin-chirurgien Condotto aura sa résidence stable au bourg de Puimazzo. 2° Ses obligations comprennent le traitement de toute maladie, soit médicale, soit chirurgicale et aussi les opérations de haute chirurgie. 3° Il devra se rendre à toute heure de jour et de nuit à toute requête des malades du bourg et de la paroisse du Puimazzo, les soignant et les assistant avec zèle et assiduité : sont compris parmi les habitants les militaires de toute arme, à la solde du gouvernement, qui seraient logés ou de passage dans la circonscription de la Condotta, ainsi que les enfants abandonnés. 4° Pour la cure de ces militaires, des enfants abandonnés, ainsi que pour celle des indigents (miserabili) des localités susdites, il ne pourra demander ni percevoir aucun honoraire. Pour qu'il ne naisse aucune équivoque sur la classification d'indigents, il est convenu que ceux-là seront uniquement tenus comme tels, qui ne paient pas d'impôt et sont inscrits à la deuxième classe de la troisième catégorie de la taxe de famille (focatico) ou qui produiront un certificat d'indigence délivré par le syndic et le commissaire chargé de cet office. 5° De tous les autres habitants, le médecin Condotto pourra recevoir à la fin de la cure un honoraire proportionné aux ressources du malade ou de sa famille, selon les usages et coutumes du pays. 6° Sera aussi obligé le médecin Condotto au service de la commune, de prêter gratuitement son concours pour examiner les personnes tuées ou blessées à la suite d'un crime ou d'un accident et de faire toute expertise relative à la procédure criminelle selon les lois existantes, ainsi que celles qui lui seront confiées à titre ordinaire ou extraordinaire par la municipalité, pour la sauvegarde de l'hygiène et la salubrité des vivres. 7° Il excutera aussi gratuitement, aux époques voulues, dans toute la circonscription, les vaccinations et revaccinations, en se procurant aux frais de la commune le vaccin nécessaire. 8° Outre les obligations ci-dessus, le médecin Condotto aura celle de se prêter, sans excuse, ni récrimination, aux consultations pour lesquelles il sera requis par les malades, que le médecin traitant soit Condotto ou non, qu'il soit du pays ou étranger au pays, selon l'entier désir du malade lui-même. 9° Pour le service de la cure des malades et pour l'exécution de toutes les autres obligations, le médecin-chirurgien Condotto devra être constamment pourvu à ses frais d'une monture convenable. 10° Le médecin Condotto ne pourra s'absenter de sa circonscription sans permission préalable de la municipalité qui, bien entendu, ne l'accordera que si le Condotto présente un remplaçant d'une capacité éprouvée et si ce remplaçant est accepté par elle, sans aucune dépense de sa part, promettant à la municipalité d'assumer toutes les obligations du Condotto durant son absence. 11° Le médecin Condotto, en quittant sa maison pour faire ses visites, laissera l'indication la plus précise qu'il sera possible de son itinéraire, afin que si sa clientèle le cherche, elle puisse le plus promptement possible obtenir le service requis en le prévenant sur sa route. 12° En cas de maladie dûment justifiée du médecin Condotto, la municipalité, sur la demande du malade, prendra ses dispositions comme elle le jugera le plus convenable. 13° Au cas où le titulaire voudrait renoncer à la Condotta, il devra prévenir par écrit le Conseil municipal six mois avant le jour où il finira son service. De même, la municipalité devra prévenir six mois à l'avance qu'elle se refuse à le maintenir dans son emploi, à moins de révocation en des délais plus courts, s'il y a des motifs graves pour la déterminer,

(1) Voir *Progrès médical*, n° 28, p. 580.

© BIU Santé

tout cela sans que le Condotto puisse établir aucune revendication. 14° Les inobservances ou l'accomplissement imparfait des obligations du médecin Condotto contenues dans ce contrat seront punis de la perte ou retenue de la 24e partie de ses honoraires annuels, en dehors des autres pénalités dont le menacent les lois selon les cas et les circonstances. Ces pénalités seront infligées par la Junte (le maire et les adjoints) municipale, après avoir dûment constaté et démontré au Condotto l'inobservance ou imparfait accomplissement des obligations assumées par lui et à la suite d'une délibération par votes secrets. 15° En compensation des obligations indiquées ci-dessus, le médecin Condotto percevra l'émolument annuel de deux mille francs, net de toute retenue, même d'impôt mobilier, attendu qu'il n'aura pas droit à la pension. Il recevra l'augmentation du dixième tous les six ans. 16° Le présent contrat devra être signé par le médecin Condotto pour prouver sa pleine et entière acceptation, avant qu'il commence l'exercice de ses fonctions. Le 13 mai 1884. — Suivent les signatures.

Recevez, etc.

Dr A. CHUQUET,
Ancien Interne des hôpitaux de Paris.

THÉRAPEUTIQUE

Des savons médicamenteux.

A plusieurs reprises, les maitres de la thérapeutique ont recommandé la forme savonneuse, comme pouvant offrir un double avantage : 1° par action topique, pour produire une série très variée d'effets localisés ; 2° pour favoriser l'absorption par la peau d'un certain nombre de médicaments très actifs, sans porter atteinte à l'intégrité des voies digestives. Malheureusement, la plupart des savons offerts jusqu'à ce jour n'avaient de médicamenteux que le nom. Les meilleurs ne contenaient la substance médicamenteuse que sous une forme inerte, à l'état de sel par exemple, ou mal définie par suite des réactions chimiques secondaires provenant de pâtes insuffisamment neutralisées

L'absorption cutanée, dont les conditions physiologiques n'ont été précisées que depuis peu d'années, est essentiellement une sorte de *respiration*, puisque les glandes de la sueur ne livrent passage qu'aux substances volatiles ou volatilisables. Si la forme savonneuse est préférable à toute autre pour émulsionner l'enduit sébacé qui s'opposerait au contact intime du médicament, il est non moins nécessaire que la substance incorporée soit maintenue dans le savon à l'état simple, volatil, métallique par exemple, s'il s'agit du mercure.

La fabrication de savons véritablement médicamenteux comportait donc la solution préalable de difficultés nombreuses, d'ordre industriel (fabrication des pâtes neutres), chimique et pharmaceutique (association des substances actives), sans compter la nécessité de vérifier longuement, par l'expérimentation clinique, la valeur curative des produits. Préparé par la diversité de ses études antérieures, le docteur Combret a pu les résoudre, d'une façon définitive, après plusieurs années de recherches délicates et coûteuses. La gamme des nouveaux savons que notre confrère se détermine à soumettre au jugement du public médical, comprend actuellement : un savon napolitain (mercuriel), un savon iodé, un savon balsamo-sulfureux, et enfin un savon au goudron.

Indiquons rapidement leurs principaux caractères.

I. — Le *savon napolitain* (comme l'onguent du même nom), contient le mercure métallique pur, sans oxyde, éteint d'une manière analogue. Dans une dissertation inaugurale (1) présentée dès 1882 à la Faculté de médecine, le docteur Combret a fait connaître à la fois sa composition, les règles qui doivent présider à sa fabrication, et les importants succès thérapeutiques obtenus grâce à son emploi dans la curation des manifestations les plus graves de la syphilis. Cette invention, très réelle et très méritoire, du docteur Combret a été vivement encouragée dès le début par un cercle restreint de médecins éminents, mais trop peu connue au dehors. Insistons sur ce fait : que ce sont les expériences et les propres produits du docteur Combret, qui ont été le point de départ de nombreux travaux publiés en Allemagne, tous favorables au savon mercuriel — et aussi d'imitations et de contrefaçons qui ont pris un large développement.

Bref, ce *savon napolitain*, où les quantités de mercure sont toujours constantes et rigoureusement dosées par le frappage, est au moins aussi efficace que l'onguent du même nom comme antiphlogistique, parasiticide, et agent d'introduction du mercure dans l'organisme. Mais, comme un peu d'eau suffit toujours pour s'en débarrasser, il est évident qu'il lui devient infiniment préférable dans tous les cas, si l'on considère la propreté et la commodité de son emploi.

II. — Le *savon iodé* ne rendra pas moins de services que le précédent. Comme topiques à base d'iode, nous ne possédions jusqu'ici que les pommades ou savons iodurés. Or, la peau n'absorbe pas les sels, d'où l'inefficacité de ces préparations, démontrée chaque jour par la clinique. La teinture d'iode, instable dans sa composition, n'agit comme iodique qu'à la première application, ce n'est plus ensuite qu'un révulsif, même un vésicant. Les cotons iodés participent à ces inconvénients, au point que leur emploi ne peut être prolongé longtemps au même endroit.

Dans le *savon iodé* du docteur Combret, le principe actif reste libre et volatisable, conditions indispensables à son efficacité. En même temps, sa composition est constante, et, grâce à une préparation toute particulière de l'excipient, son emploi peut être indéfiniment prolongé sans produire jamais aucune irritation de la peau. On comprend dès lors l'extrême utilité de ce savon, soit qu'il s'agisse, par des frictions méthodiques, des bains, d'introduire de l'iode dans l'économie, pour guérir le lymphatisme, la scrofule, etc. ; soit qu'on veuille agir localement sur des adénites, des goitres, des douleurs rhumatismales, arthrites chroniques, etc.

III. — Dans le *savon balsamo-sulfureux*, les balsamiques les plus actifs sont combinés à des principes sulfureux pouvant dégager, au moment de l'emploi, des vapeurs efficaces et, en outre, à du soufre pur, mais soumis préalablement à un trempage tout spécial. Cette association, qui réalise pour la première fois les indications multiples de la thérapeutique dermatologique, fait du *savon balsamo-sulfureux* un médicament de premier ordre contre les dermatoses parasitaires et diathésiques. Elle permet également d'utiliser ce savon en bains locaux ou généraux ; car, par sa base sodique, il remplace aussi exactement que possible les véritables bains de Barèges, dont il possède les propriétés.

IV. — Enfin, le docteur Combret nous présente un *savon au goudron*, qui nous semble bien préférable à tous ceux que le commerce nous a fournis. En effet, les principes volatils, les plus actifs dans le bon goudron, se trouvent ici, grâce à l'exacte neutralisation des pâtes, maintenus intacts, non alcalinisés, et par conséquent au maximum d'efficacité.

En résumé, nous sommes heureux de signaler aux praticiens cette série nouvelle d'agents thérapeutiques fort importants. La spécialisation pharmaceutique est particulièrement légitime et nécessaire pour les produits de cet ordre qui sortent du cadre de l'officine. La certitude des nombreux services que ses savons rendront chaque jour, tant aux malades qu'aux médecins, doit être pour le docteur Combret la juste récompense des travaux et des sacrifices qu'il s'est imposés.

(1) *Notes sur les principales méthodes d'administration du mercure par la peau*, Thèse de Paris, 1882.

HOPITAUX DE MARSEILLE. — Le 8 novembre 1886 aura lieu un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux. Se faire inscrire huit jours au moins avant l'ouverture des concours.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

Paralysies. — Contractures. — Affections douloureuses de cause psychique; par le Dr Lober. Thèse d'agrégation. — Paris, O. Doin, 1886.

Le sujet de cette thèse était certes un des plus intéressants parmi tous ceux proposés au concours d'agrégation, et ce titre à lui seul signifie bien des choses. Qu'est-ce donc en effet, sinon un signe des temps, sinon la preuve frappante de ce fait que la psychologie a désormais droit de cité dans la clinique journalière, sinon la marque indiscutable de l'union féconde du subjectif et de l'objectif, du dynamique et de l'organique. — C'est aussi, fait plus important encore, l'indice indéniable d'une prise de possession de la psychologie par les méthodes positives de l'observation médicale, prise de possession dont tout l'honneur revient à M. le professeur Charcot.

Comme il convenait, M. Lober s'est surtout appuyé sur la clinique pour présenter l'étude des paralysies, contractures et affections douloureuses de causes psychiques. — Après quelques pages d'historique, l'auteur donne une description générale des affections de cause psychique paralytiques, spasmotiques ou douloureuses; de leurs aspects divers, de leurs principaux caractères. Vient ensuite l'étude des conditions susceptibles de déterminer ces phénomènes morbides : Hérédité, antécédents personnels, sexe, âge, traumatisme, émotions dépressives, imitation. — Puis l'auteur aborde la question du mécanisme par lequel se produisent ces singulières manifestations, et à ce propos rappelle toute la série des recherches entreprises par M. Charcot, au moyen de l'hypnotisme, sur la production artificielle d'un certain nombre de manifestations paralytiques ou spasmodiques.

La dernière partie de la thèse de M. Lober est consacrée au traitement qui doit surtout s'adresser à l'état psychique, et dans lequel, comme l'a montré M. Charcot, l'isolement doit jouer un très grand rôle.

Un grand nombre d'indications bibliographiques sont jointes à cet intéressant travail, et montrent quel énorme développement a pris cette question des affections de cause psychique.

L'analyse quantitative et qualitative de la nourriture des paysans dans quelques villages du district d'Akkerman; par M. Palin. (*Le Médecin*, nos 5 et 7.)

Cette analyse se rapporte à un territoire de peu d'étendue et à un nombre d'habitants extrêmement limité; elle a été faite du 8 juillet au 14 août, c'est-à-dire à l'époque où tous les produits des champs parviennent à leur maturité, lorsque les paysans se nourrissent par exception mieux que le reste de l'année. Nous ne pouvons attacher à cette recherche qu'une valeur peu considérable; bornons-nous seulement à noter que, même dans des conditions si spéciales d'observation, l'auteur arrive à cette conclusion générale : les paysans du district d'Akkerman, district qui se trouve dans des conditions relativement excellentes au point de vue de la fécondité, recevaient en moyenne pendant le temps d'observation, une quantité insuffisante des produits nutritifs. Comment alors se nourrissent les paysans de la plupart des villages russes, très peu fertiles, en général, et non pendant l'été, mais pendant l'hiver et le printemps? Cette question attend encore ses investigateurs.

J. Roubinovitsch.

VARIA

Limite d'âge des professeurs des Facultés. — Mise à la retraite de MM. Gavarret, Hardy et Sappey.

Les craintes que les partisans d'une réforme sérieuse dans l'enseignement supérieur avaient éprouvées lors de la publication du décret relatif à la mise à la retraite des professeurs vont être sinon dissipées, mais du moins atténuées en apprenant que M. Goblet, ministre de l'Instruction publique, vient de mettre à la retraite M. Gavarret professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris, M. Hardy, professeur de clinique médicale, M. Sappey, professeur d'anatomie. Mais, pour que cette mesure ne paraisse pas entachée d'injustice, il est indispensable que M. Goblet procède de même pour toutes les Facultés et que, dans l'avenir, il n'y ait aucune exception et qu'à 70 ans tous les professeurs soient mis à la retraite.

Circulaire relative à l'officiat de santé. — Ancien régime. — Dispositions transitoires.

Le décret du 1er août 1883 déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'officier de santé décide qu'à partir du 1er novembre 1886 le régime établi par ce décret sera mis en vigueur.

Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer.

I. Etudiants qui, ayant commencé leurs études avant le 1er novembre 1883, seront pourvus à la fin de l'année scolaire 1885-1886 : 1° Dans les Facultés et dans les Ecoles de plein exercice, d'un certain nombre d'inscriptions inférieur à douze; 2° Dans les Ecoles préparatoires, d'un certain nombre d'inscriptions inférieur à quatorze.	Avant d'être admis aux examens définitifs, ces étudiants prendront régulièrement seize inscriptions, aux époques trimestrielles réglementaires, et subiront les examens de fin d'année correspondant à leur scolarité, d'après le programme établi par le décret du 1er août 1883.
II. Etudiants qui, pourvus de douze inscriptions de Faculté ou d'Ecole de plein exercice, ou de quatorze inscriptions d'Ecole préparatoire, n'auraient subi aucun examen définitif ou qui auraient été ajournés au premier examen définitif à la fin de l'année scolaire 1885-1886.	Ces étudiants seront dispensés du troisième examen de fin d'année et seront admis à subir immédiatement les examens définitifs, conformément au programme établi par le décret du 1er août 1883.
III. Etudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif ou qui seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou au troisième examen définitif.	1° Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif conserveront le bénéfice de ces examens, mais ils seront soumis au nouveau programme pour les examens ou l'examen qu'ils auront encore à subir. 2° Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou troisième examen définitif seront également soumis au nouveau programme.

Réorganisation du service de santé de la marine

(*Suite et fin*).

Titre IV. — *Du service à la mer.*

Art. 19. — A la mer, le service de santé est dirigé : Dans une armée navale, par un médecin en chef; Dans une escadre, sous les ordres d'un vice-amiral commandant en chef, par un médecin en chef; Dans une division navale, commandée par un officier général commandant en chef, par un médecin principal; Sur tout bâtiment monté par un officier général en sous-ordre, par un médecin principal; Dans une division navale, commandée par un capitaine de vaisseau, par un médecin principal qui remplit les fonctions de médecin-major du régiment; Sur tout bâtiment comportant la présence d'un médecin, et après décision du ministre, par un médecin principal, un médecin de première classe ou un médecin de deuxième classe, dans les conditions prévues par l'article 20 du présent décret. Les officiers du corps de santé prennent, suivant leur position, les titres temporaires de médecin d'armée, de médecin d'escadre, de médecin de division, de médecin-major. Le médecin d'armée, d'escadre ou de division, fait partie de l'état-major général

Art. 20. — Une décision ministérielle détermine les bâtiments sur lesquels il y a lieu d'embarquer un médecin, qui prend le titre de médecin-major du bâtiment. Le nombre et le grade des médecins à embarquer en sous-ordre est également fixé par le ministre, suivant la nature et la durée de la campagne et d'après les ressources en personnel médical.

© BIU Santé

TITRE V. — *Service médical des corps de troupe de la marine.*

Art. 21. — Les médecins attachés au service des troupes de la marine, conformément à l'article 4 du présent décret, prennent, suivant leur grade, le titre et exercent les fonctions de médecin-major et de médecin aide-major. Ils conservent l'uniforme et le droit à la solde et aux indemnités attribuées à leur grade dans le corps de santé de la marine Ils sont désignés pour les emplois du service régimentaire, sur leur demande, ou, à défaut de demande, d'office et conformément aux dispositions de l'article 22, § 2 du présent décret. Ils ne peuvent être replacés, sur leur demande, dans le cadre général, qu'après avoir servi pendant deux ans au moins dans le service régimentaire, et, s'ils sont présents en France, au moment où ils en font la demande.

TITRE VI. — *Du service aux colonies.*

Art. 22. — Les emplois du service de santé aux colonies sont attribués à ceux des médecins de la marine qui en feront la demande, la préférence étant acquise au plus ancien grade. Toutefois, lorsqu'il y a lieu de pourvoir à des emplois devenus vacants soit aux colonies, soit dans le service des troupes, soit sur les bâtiments armés, et que des demandes ne se sont pas produites, il est procédé à ces remplacements par la désignation, dans chacun des grades des officiers du corps de santé, du premier de la liste de départ.

Art. 23. — Les médecins et les pharmaciens en chef et principaux, les médecins et les pharmaciens de première classe et de deuxième classe, qui ont été affectés au service colonial sur leur demande, ou d'après le tour de service, sont replacés dans le service des ports, après avoir servi aux colonies pendant deux ans sans compter l'aller et le retour. Cette période peut être doublée sur la demande de l'intéressé, transmise au ministre et appuyée par le gouverneur. Toutefois, il n'est statué dans ce sens que si l'officier dont c'est le tour de partir consent à permuter.

Art. 24. — Les emplois de pharmacien du service colonial continuent à être remplis par des pharmaciens de la marine, d'après le mode établi par un arrêté du ministre de la marine et des colonies.

TITRE VII. — *Des conseils de santé.*

Art. 25. — Un conseil supérieur de santé de la marine, dont le président et les membres sont choisis par le ministre, est établi à Paris. Un conseil de santé est établi dans chaque chef-lieu d'arrondissement maritime.

1. — *Du conseil supérieur de santé.*

Art. 26. — Le conseil supérieur de santé est composé d'un directeur du service de santé, président, de deux médecins en chef ou principaux dont l'un est, en même temps, directeur de la rédaction des « Archives de médecine navale », et d'un pharmacien en chef. Un médecin principal ou un médecin de première classe, nommé par le ministre, remplit les fonctions de secrétaire. Le conseil supérieur de santé donne son avis sur les questions renvoyées à son examen par le ministre. Il est consulté : Sur l'hygiène des équipages, des troupes et des ouvriers de la marine; sur les projets de construction d'hôpitaux, de casernes, de prisons, etc.,etc.; sur l'organisation des hôpitaux de la marine en France et aux colonies; sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé à bord des bâtiments de l'Etat, dans les arsenaux et établissements de la marine; sur les mesures spéciales à prendre, au point de vue du service de santé, dans les circonstances exceptionnelles, telles que les épidémies, les cas de guerre, etc., etc.

Art. 27. — Il reçoit communication des demandes de congé, en ce qui concerne l'envoi des malades aux eaux thermales. Il donne également son avis sur les demandes des officiers en instance de retraite ou de réforme pour infirmités, et en instance pour être mis en non-activité pour infirmités temporaires, ou qui réclament leur rentrée au service actif.

Art. 28. — Il reçoit communication des rapports médicaux de toute espèce, qu'ils proviennent des arsenaux, des bâtiments armés, des corps de troupes ou de tout autre service auquel est attaché un médecin de la marine.

Art. 29. — Il fait les propositions ou émet les avis que lui suggère l'étude de ces documents,qui, classés par les soins du secrétaire du conseil supérieur de santé, sont remis plus tard, par période décennale, aux archives du ministère de la marine et des colonies.

II. — *Des conseils de santé des ports.*

Art. 30. — Les conseils de santé des ports sont composés du directeur du service de santé, des médecins et des pharmaciens en chef. Le conseil de santé est présidé dans chaque port par le directeur du service de santé et, à défaut, par l'officier du corps de santé le plus élevé en grade ou, à grade égal, par le plus ancien. Les fonctions de secrétaire-archiviste sont remplies par un médecin de première classe nommé par le ministre, sur la proposition du préfet maritime et au choix du directeur du service de santé.

Art. 31. — Sur la proposition du président du conseil de santé, le préfet maritime fixe les jours et les heures auxquels s'assemble le conseil. Le président dirige et maintient l'ordre des délibérations; sa voix est prépondérante en cas de partage des votes recueillis.

Art. 32. — Le conseil de santé délibère, avec l'autorisation du préfet maritime, sur tout ce qui peut intéresser la salubrité de l'arsenal et des établissements qui en dépendent. Il propose les mesures qu'il juge nécessaires. Il constate l'état sanitaire des personnes soumises à sa visite par les services compétents.

Art. 33. — Il recueille les rapports présentés par les médecins, suivant les règlements, à la fin de toute campagne ou mission quelconque. Ces rapports sont l'objet d'une appréciation raisonnée de la part d'un des membres du conseil de santé, désigné à cet effet par le président. Cette appréciation est communiquée à l'auteur du rapport, et conservée avec le travail aux archives du conseil de santé.

Art. 34. — Le conseil de santé constate le bon état des caisses et instruments de chirurgie que les médecins embarqués doivent avoir en leur possession. A cet effet, les médecins, au moment de leur embarquement, soumettent ces caisses et ces instruments de chirurgie à l'examen du conseil de santé, lequel déclare, s'il y a lieu, qu'ils ont droit à l'indemnité fixée par les règlements.

Art. 35. — Sur la demande motivée du médecin-major d'un bâtiment et approuvée par le commandant, le conseil de santé propose au préfet maritime des modifications dans les approvisionnements portés sur la feuille d'armement par le médecin. Il peut également prendre l'initiative de ces propositions, lorsque la durée et la nature de la campagne lui paraissent l'exiger.

Art. 36. — Le conseil de santé est chargé de vérifier la comptabilité pharmaceutique des médecins embarqués. A cet effet, lors du désarmement d'un bâtiment, toutes les pièces relatives au traitement des malades sont soumises à cet examen. Ces pièces sont ensuite déposées aux archives du conseil de santé. Cette vérification est indépendante des prescriptions de l'instruction du 1er octobre 1854 sur la comptabilité du matériel, lesquelles continuent à être observées.

TITRE VIII. — *Des directeurs du service de santé.*

Art. 37. — Le directeur du service de santé est le chef de ce service dans les ports. Il préside le conseil de santé. En cas d'absence ou de tout autre empêchement, il est suppléé, ainsi qu'il est dit à l'article 30. Dans les ports où existe une école de médecine navale, il préside le conseil des professeurs qu'il convoque pour délibérer sur les matières ou objets relatifs à l'enseignement. Il peut déléguer la présidence de ce conseil au plus ancien des professeurs.

Art. 38. — Il correspond directement : Avec le préfet maritime pour tous les détails du service; il répartit, après avoir pris les ordres du préfet, les officiers du corps de santé dans les différents services dont il a la direction. Il se fait rendre compte de toutes les parties du service de santé par les chefs des différents détails. Il exprime son opinion personnelle sur les rapports qui doivent être transmis au ministre.

Art. 39. — Chaque année, dans le courant du mois de mars, au plus tard, il adresse au préfet maritime un rapport sur l'ensemble de son service, pendant l'année précédente, et sur les améliorations qu'il propose d'y apporter.

TITRE IX. — *Dispositions transitoires.*

Art. 40. — Les médecins en chef, les médecins et pharmaciens professeurs qui font actuellement partie du personnel des Ecoles de médecine navale, cesseront, à partir du présent décret, de former un cadre à part. Ils rentrent dans le cadre général des officiers supérieurs du corps de santé de leur grade, où ils prennent rang d'après leur ancienneté de grade. Les médecins et pharmaciens professeurs conserveront leurs fonctions dans l'enseignement et prendront le titre de médecins et pharmaciens principaux.

Art. 41. — A partir du 1er septembre 1886, les médecins en chef, les médecins et pharmaciens principaux dont il est question à l'article 40, qui désireront servir à la mer ou aux colonies, prendront rang, dans la quatrième catégorie de la liste de départ, à la date de leur promotion au grade dont ils sont titulaires. Ils ne pourront, à dater du 1er septembre 1886, réclamer de nouveau leur inscription sur la liste de départ avant l'expiration d'un tour réglementaire dans l'enseignement, ni être promus au grade supérieur sans avoir satisfait aux conditions fixées par les articles 9, 10, 11, 15 et 16 du présent décret.

Art. 42. — A compter de la date du présent décret, les aides-médecins et les aides-pharmaciens cesseront de concourir au service à la mer ou aux colonies. Ils devront se pourvoir du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe. Il est accordé un délai de deux ans aux officiers

© BIU Santé

de ce grade appartenant à la promotion du 7 novembre 1885, et d'un an à ceux des promotions antérieures. Ces délais compteront de la date du présent décret pour les aides-médecins et aides-pharmaciens présents à terre en France, et du jour de leur débarquement pour ceux qui servent à la mer. A l'expiration des délais précités, les aides-médecins et aides-pharmaciens, qui ne se seront pas pourvus du diplôme exigé pour l'avancement, seront portés sur une liste d'embarquement spéciale, pour être employés, dans leur grade, soit à la mer, soit aux colonies. Dans ce cas, ils seront soumis aux règles générales du service à l'extérieur.

Art. 43. — Les aides-médecins et les aides-pharmaciens pourvus du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe, pourront être nommés au grade supérieur s'ils comptent deux années au moins de service dans leur grade.

Art. 44. — Il sera accordé, sur leur demande, transmise hiérarchiquement, aux médecins de deuxième classe, non docteurs, un congé de six mois à solde entière, pendant lequel ils auront à se pourvoir du diplôme de docteur en médecine. Les médecins de deuxième classe qui, à l'expiration de ce congé, ne pourront pas justifier de la possession du diplôme, seront soumis aux règles générales d'embarquement.

Art. 45. — Les officiers du corps de santé non pourvus des diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe ne pourront obtenir d'avancement en grade. Le service de santé ne pourra être dirigé en chef dans une colonie, que par un médecin pourvu du diplôme de docteur en médecine.

TITRE X. — *Dispositions générales.*

Art. 46. — Le mode d'enseignement, le service à terre, à la mer et aux colonies, seront déterminés par un arrêté du ministre de la marine et des colonies.

Art. 47. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Fait à Paris le 24 juin 1886.

Jules GRÉVY.

Par le Président de la République :
Le ministre de la marine et des colonies,
AUBE.

Concours pour une place de médecin aliéniste des hôpitaux.

Le concours pour une place de médecin aliéniste suppléant à Bicêtre s'est terminé le 21 juillet par la nomination de M. le Dr SÉGLAS. Les concurrents étaient au nombre de trois. L'un d'eux s'est retiré à la 3e épreuve. Voici comment les épreuves ont été pointées :

	M. GILSON.	M. SÉGLAS.
1re épreuve : anatomie et physiologie du système nerveux.	28	28
2e Clinique ordinaire	14	18
3e Clinique mentale.	17	17
4e Consultation et rapport médico-légal.	24	28
5e Clinique mentale : deux malades . . .	30	30
TOTAL. . . .	113	121

Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami et collaborateur SÉGLAS. Son succès est d'autant plus mérité qu'on n'avait pas hésité à commettre dans le tirage du jury des irrégularités très regrettables, tout en faveur de son concurrent, chef de clinique de M. le professeur Ball. Nous devons maintenant prévenir les médecins qui se destinent à la spécialité mentale qu'un nouveau concours aura probablement lieu avant la fin de l'année courante.

La rage.

Nous publions le fait suivant à titre de document ; il est emprunté au *Journal de médecine de Paris* (n° 3, 15 juillet 1886).

Le 14 mai dernier, un enfant de six ans, fils d'un cultivateur de X..., fut mordu à l'extrémité externe de la paupière droite ; plaie peu étendue, non cautérisée. Le chien fut abattu après examen (signes de rage à l'autopsie). L'enfant, grâce à une souscription publique, fut adressé à M. Pasteur et arriva à Paris 6 jours après sa morsure (20 mai). Le traitement fut suivi comme d'habitude et le 1er juillet l'enfant fut renvoyé comme guéri. — Mais, quelques jours après son retour dans sa famille, il éprouva des malaises, une agitation extrême ; respiration soufflante, etc.; bref, il succomba le 4 juillet avec les symptômes habituels de l'inoculation rabique. A l'autopsie, aucune lésion qui put expliquer la mort ne fut constatée.

Texte arrêté par la Commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Art. 1er. — Nul Français ou étranger ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'est pourvu d'un diplôme de pharmacien obtenu en France ou dans une des colonies françaises et s'il n'a rempli les formalités prescrites par la loi.

Art. 2. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien. Le diplôme de pharmacien de 2e classe sera supprimé. Toutefois il sera encore délivré aux élèves qui auront pris une ou plusieurs inscriptions de stage ou de scolarité avant la promulgation de la présente loi, mais dans un délai qui ne pourra excéder 8 années à partir de cette promulgation.

Art. 3. — Tout pharmacien avant de prendre possession d'une officine déjà établie ou d'en établir une nouvelle, devra en faire la déclaration et produire son diplôme au préfet du département ou au sous-préfet de l'arrondissement.

Art. 4. — Aucun pharmacien ne peut tenir plus d'une officine ; il ne peut faire dans son officine aucun autre commerce que celui des drogues et des médicaments, et en général, de tous objets se rattachant à l'art de guérir. Il doit avoir son nom inscrit sur ses étiquettes et sur ses factures ; il doit, en outre, indiquer par une étiquette spéciale les médicaments destinés à l'usage externe.

Art. 5. — Toute association entre pharmaciens et non-pharmaciens est licite sous condition que l'officine sera gérée par un pharmacien diplômé dont la présence y sera constante. Toutefois, sont formellement prohibées, toute association entre un pharmacien et un médecin ou un vétérinaire, dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, toute convention par laquelle un médecin ou un vétérinaire retirerait quelque gain ou profit sur le prix des médicaments vendus par le pharmacien et généralement, toute entente entre ces dites personnes.

Est également prohibé l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, même aux personnes qui seraient pourvues du double diplôme sauf, l'exception prévue à l'article suivant.

Art. 6. — Les médecins pourront, en cas d'urgence, fournir sur place, des médicaments aux malades auprès desquels ils seront appelés et dont la résidence sera éloignée de 5 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Les médecins qui useront de cette faculté seront soumis à toutes les obligations imposées aux pharmaciens par les lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente. Les vétérinaires diplômés pourront librement distribuer des médicaments destinés aux animaux. (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 26. — 1er *de fin d'année* (*Officiat*) : MM. Lutz, Pouchet, Guebhard.

MERCREDI 28. — 1er *de fin d'année* (*Officiat*) : MM. Gay, Pouchet, Guebhard.

VENDREDI 30. — 2e *de fin d'année* (*Officier de santé*) : MM. Marc Sée, Remy, Segond. — 3e *de fin d'année* (*Officier de santé*) : MM. Le Dentu, A. Robin, Kirmisson.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 26. — M. Capdeville. Etude sur le Piligan (Lycopodium Saururus). — M. Couillebeault. Quelques considérations sur l'Herpès parasitaire dans les pays chauds, et sur le traitement par le Cassia alata. — M. de Campos Salles. De l'ozène et des rhénites fétides. — M. Isnard. Fièvres traumatiques et épitraumatiques. De leur diagnostic au lit des malades. — M. Polo. Etude sur la perforation du tympan. — M. Gilbert Renard. De la contracture hystérique traumatique. — M. Lajugié. Contribution à l'étude de l'eczéma de la jambe. — M. Ecot. Contribution à l'étude de l'ablation des ganglions tuberculeux du cou. — M. Christine. Plaie des tendons. — M. Laplace. Traitement des anévrismes externes par un nouveau procédé de compression directe. — M. Monteuuis. Etude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies infantiles. — M. Mulette. Contribution à l'étude de la pneumonie typhoïde. — *Mardi* 27. — M. Muller. Essai sur la dyspepsie cardiaque. — M. Bernard. Histoire des microscopes. Ce que leur doit la médecine. — M. Delporte. Considérations sur la phlegmasie alba dolens puerpérale. — M. Talat. Recherches sur la coloration des tissus chez les animaux vivants au point de vue histologique. — M. Bourasseau. Traitement du choléra à l'hôpital de la Charité pendant l'épidémie de 1884. — M. Dillay. De la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. — M. Cazaux. De l'eau chaude dans les prostatites aiguës. — M. Julien. Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. — M. Charrier. Contribution à l'étude de l'emploi du laudanum pour arrêter l'avortement. — M. Bonnel. Le Céphalotribe. — M. Quinqueton. De l'hystérie chez l'homme. — M. Camille Jaseph. De l'albuminurie gravidique et de l'éclampsie puerpérale. — M. Guary. Essai sur les conditions de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs intra-crâniennes. — M. Kahn. Etude clinique du champ de fixation monoculaire. — M. Desormes. Nature et traitement de la conjonctivite granuleuse. — *Mercredi* 28. — M. Leblanc. Contribution à l'étude des fractures verticales du bassin. — M. Brousolle. De la claudi-

© BIU Santé

cation chez les enfants. — M. Bresselle. Guérison spontanée des anévrysmes. — M. Christen. Etudes sur les déplacements herniaires des kystes paraovariques. — M. Robelin. Etude sur les vessies à cellules. — M. Duchastelet. Capacité et tension de la vessie. — *Jeudi* 29. — M. Basora. De quelques modifications des bruits du cœur dans le cours de la néphrite. — M. Bataille. Traumatismes et névropathies. — M. Gaudry. Contribution à l'étude du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes. — M. Lardemer. Parallèle entre la version et le forceps dans les cas de rétrécissements moyens du bassin. — M. Fournial. Contribution à l'étude de l'albuminurie du travail. — M. Vojtasiewicz. Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale. — M. Barraud. Ténotomie et tarsotomie comme moyens de traitement du pied-bot invétéré chez l'adulte. — M. Zipfel. De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire au point de vue chirurgical (Osteotomie, résection, ostéoclasie). — M. Dereux. Des accidents consécutifs à l'opération dans les cas de rétention menstruelle. — M. Joanny. Contribution à l'étude des arthropathies chez les ataxiques. — M. Denotovitch. De l'antipyrine dans la fièvre hectique des tuberculeux. — M. Dejean. Contribution à l'étude des hémoptysies dans la dilatation des bronches. — M. Coutray de Pradel. Contribution à l'étude de la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie au début. — M. Bernard. Des injections intraveineuses dans le traitement du collapsus algide et asphyxique du choléra. — M. Lavergne. Contribution à l'étude de l'atrophie linéaire de la peau. — *Vendredi* 30. — M. Butard. Contribution à l'étude de l'épanchement sanguin et de son traitement par la compression. — M. Goniet. De l'hystérectomie vaginale en France. — M. Brodeur. De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins. — *Samedi* 31. — M. Carpentier. Du diagnostic des néphrites interstitielles sans albuminurie. — M. Toudot. De l'alcoolisme dans le département de la Seine-Inférieure. — M. Pottier. Etude sur les aliénés persécuteurs. — M. Malfilatre. Contribution au traitement par le cathétérisme, des laryngosténosses, après la trachéotomie. — M. Leguével. Du traitement des fractures ouvertes des membres dans leur continuité. — M. Genesteix. Du traitement des avortements. — M. Laurent. Traitement de l'angine diphtérique par le perchlorure et l'oxichlorure de fer magnétique. — M. Juvigny. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse du nouveau-né et de l'adulte.

FORMULES

IV. Vin apéritif (Dr Monin).

Teinture de quinquina calisaya.	
Teinture de Simarouba.	
Teinture de gentiane	âà 10 gr.
Teinture d'écorces d'oranges amères	
Teinture de fèves St-Ignace.	2 gr.
Vin de Grenache.	950 gr.

Mêlez et filtrez. — A prendre avant le repas pour stimuler l'appétit un verre à bordeaux à chaque fois.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 11 juillet 1886 au samedi 17 juillet 1886, les naissances ont été au nombre de 1182 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 466 ; illégitimes, 165. Total, 631. — *Sexe féminin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 130. Total, 551.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 juillet 1886 au samedi 17 juillet 1886, les décès ont été au nombre de 979, savoir : 546 hommes et 433 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 7, T. 11. Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 17, F. 17, T. 34. — Scarlatine : M. 4. F. 7, T. 11. — Coqueluche : M. 5, F. 11, T. 16. — Diphthérie, Croup : M. 10. F. 11, T. 21. — Dyssenterie : M. 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 0, F. 2, T. 2. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 30, F. 25, T. 55. — Phthisie pulmonaire : M. 94, F. 76, T. 170. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 9, T. 24. — Autres affections générales : M. 23, F. 40, T. 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17, F. 16, T. 33. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 13, T. 21. — Pneumonie : M. 38, F. 21, T. 59. — Athrepsie : M. 70, F. 57, T. 127. — Autres maladies des divers appareils : M. 159, F. 105, T. 264. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 37, F. 4, T. 41. — Causes non classées : M. 6, F. 8, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 82 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 16. Total : 56 — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 4. Total : 26.

Concours pour deux places de chirurgiens du Bureau central a Paris. — Les candidats déclarés admissibles à ce concours sont : MM. Barette, Bazy, Jarjavay, Marchand, Michaux, Petit-Vendol, Poirier et Ramonède.

Le sujet de la composition écrite a été : *Gaines tendineuses du poignet ; synovite fongueuse des gaines tendineuses.*

Faculté des sciences de Paris. — Le mardi 20 juillet, à une heure, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Maury a soutenu pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles une thèse intitulée : *Etudes sur l'organisation et la distribution géographique des Plumbaginacées.* — Le mercredi 21 juillet, à 1 heure 1/2, dans la salle des Examens de la Sorbonne, M. Thévenet a soutenu pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques une thèse ayant pour sujet : *Etude analytique du déplacement infiniment petit d'un corps solide.*

Faculté de médecine de Paris. — *Clinicat des maladies mentales.* — M. le Dr Pichon, interne des Asiles de la Seine, ancien interne des hôpitaux de Nantes, est nommé chef de clinique titulaire ; M. le Dr Rouillard, chef de clinique adjoint. — *Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le Dr Morelle-Lavallée est nommé chef de clinique ; M. le Dr Feulard, chef de clinique adjoint. — *Clinicat des maladies des enfants.* — M. le Dr Queyrat est nommé chef de clinique titulaire ; M. le Dr Legendre, chef de clinique adjoint.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Chamberlent vient d'être nommé chef de clinique titulaire obstétricale ; M. le Dr Massip, a été nommé chef de clinique adjoint.

Faculté des sciences de Caen. — Un congé, pendant l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Puchot, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Caen.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Carrieu, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Gaudin, suppléant des chaires de chimie et de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé en outre, du 15 juillet au 31 octobre 1886, des fonctions de chef des travaux chimiques et physiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Hébert, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole vétérinaire de Lyon. — Un concours sera ouvert le 18 octobre 1886, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, pour la chaire d'anatomie descriptive, anatomie générale et extérieure des animaux domestiques, vacante à ladite Ecole. — Adresser sa demande au ministère de l'agriculture vingt jours au moins avant la date ci-dessus. Le programme se distribue au ministère de l'agriculture et aux Ecoles vétérinaires (Alfort, Lyon, Toulouse).

Ecole de médecine de Nantes. — Le Conseil municipal de cette ville a voté le budget ordinaire de l'Ecole en ajoutant une somme de 2.000 fr. pour la création d'une chaire d'ophthalmologie.

Ecole de médecine de Rennes. — Cette école est autorisée, par arrêté du 19 juillet 1886, à jouir des droits confiés aux écoles préparatoires réorganisées par l'art. 13 du décret du 1er août 1883.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — Un concours s'ouvrira, le 15 février 1887, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Giessen.* — M. le Dr Fuhr est nommé privat-docent de chirurgie. — *Faculté de Breslau.* — M. le Dr Roux, privat-docent et assistant à l'institut anatomique, auteur de plusieurs travaux appréciés en embryologie, est nommé professeur extraordinaire. — *Faculté de Prague.* — M. le Pr Breisky est nommé directeur de la clinique d'accouchements à la place du Dr Spaeth.

Bourse de voyage. — Sur la proposition du Dr Chautemps, le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du samedi 17 juillet, a voté une bourse de voyage de 2.000 fr. en faveur du Dr Brumauld de Montgazon, avec mission d'aller en Angleterre étudier l'organisation et le fonctionnement du Jardin botanique de Kew.

Choléra. — *France :* Quelques journaux annoncent que trois cas de choléra se sont produits à Provins, près Paris. Le conseil d'hygiène de l'arrondissement pense qu'il ne s'agit que de cas isolés. — *Italie :* Décroissance notable dans les localités où nous l'avons mentionné précédemment. — *Autriche :* Quelques villes littorales sont atteintes par le fléau.

© BIU Santé

INSTITUTS BACTÉRIOLOGIQUES. — La création d'un Institut de Bactériologie à Kieff vient d'être décidée. — Celui d'Odessa, voté depuis plusieurs mois, vient d'être ouvert. On y travaille déjà. — On annonce aussi la création d'un Institut analogue à Milan qui sera placé sous la direction de M. Barattieri.

HOPITAUX DE PERPIGNAN. — M. le Dr Fines est nommé médecin en chef en remplacement de M. Bocamy, décédé ; M. le Dr Surjus est nommé médecin adjoint.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. Paul Aubry, externe des hôpitaux, membre de la Société de géographie commerciale de Paris, est chargé d'une mission à Athènes, Constantinople, Brousse, Smyrne, Magnésie, Alexandrie et le Caire. Il devra étudier l'organisation des hôpitaux dans ces différentes villes et particulièrement au point de vue du traitement de la lèpre et de l'aliénation mentale.

RAGE DES CHAMEAUX. — De nombreux cas de rage ont été constatés sur les chameaux du douar Hezeilat ; on suppose que la maladie a été importée par un cheval enragé. — L'autorité militaire a interdit pour trois mois les pâturages dans lesquels ont séjourné les troupeaux contaminés, parce qu'on attribue la propagation du fléau à la bave laissée par les animaux malades sur l'herbe des pâturages. (*Abeille médicale.*)

SERVICE MÉDICAL DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Le 18 août 1886, il sera procédé dans une des salles de la mairie du IVe arrondissement à l'élection d'un médecin attaché au traitement de service à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

STATION PHYSIOLOGIQUE DU COLLÈGE DE FRANCE. — Le conseil municipal, dans une séance de la semaine dernière, a voté la subvention annuelle de 12.000 fr. pour la station physiologique du Parc-des-Princes, dont le directeur est M. le professeur Marey, de l'Institut.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DOUAUD, l'un des fondateurs du *Journal de médecine de Bordeaux*, vice-président de la Société de médecine de cette ville et professeur d'anatomie à l'école des Beaux-Arts. — M. le Dr HEUCHEL (de Rouen), qui avait quitté il y a 3 ans la ville de Cernay (Alsace) — M. le Dr Charles COPIN, mort à Escaudain le 13 juillet à l'âge de 53 ans. — M. le Dr CAYRADE, ancien député de l'Union démocratique, maire de Decazeville, vient de mourir à l'âge de 50 ans. — M. J. DUSSAUD, interne provisoire aux Enfants Malades (service de M. le Dr Descroizilles), vient de mourir victime du devoir professionnel. Il fut atteint, il y a quelque temps, de diphthérie contractée dans ses salles ; il a succombé mercredi dernier aux suites de cette affection. Puisse-t-il n'y avoir pas cette année d'autre mort à déplorer ! On sait ce que coûte au corps des Internes des hôpitaux le service de la diphthérie aux Enfants malades, quand on voit chaque année un interne succomber ; mais ce qu'on ignore, c'est le nombre de ceux qui sont atteints et guérissent. Pour que l'administration de l'Assistance publique s'inquiète un peu de votre sort, il vous faut au moins mourir.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Médecine* : M. le professeur GRANCHER. — Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le samedi. — M. DESCROIZILLES. Consultation le mardi. Leçon de thérapeutique à la consultation. Leçon clinique le vendredi à 10 heures. — M. OLLIVIER. Consultation le jeudi. Policlinique le mardi et le samedi. Maladies de la peau, le mercredi et vendredi, examen clinique des malades. — M. LABRIC. Consultation le vendredi. — M. le Dr SIMON (J.) continue ses leçons de thérapeutique infantile, le mercredi à 9 heures, et ses consultations cliniques le samedi à la même heure.

Chirurgie. — M. DE SAINT-GERMAIN. Consultation tous les jours. Leçons de clinique chirurgicale le jeudi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Médecine.* — Service de M. LAILLIER. — Consultation le mercredi. — Pavillon Lugol (F.) : 2, 5, lupus tuberculeux ; 10, érythème polymorphe ; 12, épithélioma ulcéré du nez ; 13, myxœdème ; 17, favus ; 19, lupus du palais et de la lèvre inférieure ; 20, 21, 22, fièvres ; 27, séborrhée du cuir chevelu. — Pavillon Bazin (H.) : 21, lupus du bras ; 22, 26, 41, 43, 67, psoriasis ; 23, herpès en plaques disséminées ; 26, eczéma généralisé ; 30, 31, lèpre ; 35, 37, 66, ulcère de jambe ; 45, 88, dermite professionnelle ; 48, acné ; 53, sycosis parasitaire.

Service de M. VIDAL. — Consultation le mardi. — Salle Alibert (F.) : 5, lichen agrius ; 7, épithélioma de la face développé sur un lupus ; 14, pemphigus ; 57, télangiectasie généralisée ; 55, syphilis tertiaire ulcéreuse ; 62, chancre de la lèvre ; 67, syphilis cérébrale ; 72, gommes syphilitiques des jambes ; 77, lupus de la face. — Salle Devergie (H.) : 16, pityriasis rosé ; 17, clou de Biskra en voie de guérison ; 18, lupus éléphantiasique ; 33, eczéma généralisé ; 34, eczéma impétigineux ; 42, érythème polymorphe avec bulbes ; 48, lèpre mixte ; 44, syphilis maligne précoce ; 53, syphilis tertiaire tuberculo-croûteuse.

Service de M. BESNIER, suppléé par M. BROCQ. — Consultation le vendredi. — Salle Gibert (F.) : 3, chancre lingual ; 6, phlébite de la saphène interne ; 7, scrofulo-tuberculose ; 11, psoriasis à petits éléments ; 12, lupus érythémateux ; 15, macules postvarioliques ; 17, 18, favus ; 21, psoriasis généralisé ; 24, maladie de Parkinson ; 30, prurit sénile ; 33, érythème lié à la menstruation.

Service de M. le professeur FOURNIER. Consultation le samedi. — Salle Henri IV (F.) : 1, 3, 14, 30, syphilis secondaire ; 4, impétigo nummulaire ; 5, acné rosée, dilatation stomacale ; 9, syphilis acquise chez un nourrisson ; 10, chancre induré buccal chez un nourrisson ; 13, pachy-méningite cervicale hypertrophique ; 15, érysipèle bulleux ; 17, gommes de la langue ; 22, Urticaire pigmentaire ; 33, gomme du tibia. — Salle Saint-Louis (H.) : 4, gommes périostiques, 9, tabes dorsal syphilitique ; 11, lupus, syphilis secondaire ; 12, 56, paraplégie syphilitique ; 18, prurigo de Hébra ; 58, arthropathie tabétique ; 67, phagédénisme tertiaire ; 68, psoriasis plantaire syphilitique ; 72, gomme ulcérée du scrotum.

Service de M. HALLOPEAU, suppléé par M. Brocq. — Consultation le lundi. — Salle Henri IV (F.) : 7, syphilides généralisées papulo-squameuses ; 15, iritis syphilitique ; 19, érythème noueux ; 25, hémiplégie syphilitique.

Service de M. QUINQUAUD. — Consultation le jeudi. — Salle Biett (F.) : 8, acné rosée ; 10, eczéma généralisé ; 14, hydroa vésiculeux de Bazin ; 15, scrofulo-tuberculose, kératite interstitielle ; 18, 19, favus, anémie congénitale ; 36, lupus syphilitique. — Salle Hillaret (H.) : 1, favus ; 3, pelade ; 6, sclérodermie généralisée ; 9, lupus tuberculeux du bras ; 14, syphilide circinée ; 16, eczéma, rhumatisme chronique ; 30, sycosis parasitaire ; 34, ulcérations trophiques.

Service de la variole, M. BROCQ. — Salle Jenner (F.). — Salles Trousseau et Lydenham (H.).

Chirurgie. — Service de M. PÉAN. — Consultation le lundi, mercredi, vendredi. — Opération le samedi. — Salle Denonvilliers (F.) : 20, 42, fibromyômes de l'utérus ; 37, imperforation de l'anus, anus artificiel ; 41, 55, tumeur du sein ; 43, 48, kystes de l'ovaire ; 44, ostéite tuberculeuse du fémur ; 52, phthisie laryngée, trachéotomie ; 54, polypes de l'utérus. — Salle Cloquet (H.) : 2, tumeur blanche tibio-tarsienne ; 5, phlegmon du coude ; 6, extraction d'une balle intra-articulaire du genou ; 9, tumeur urineuse ; 70, morsure du doigt, phlegmon diffus consécutif ; 71, hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque ; 72, sarcome du testicule ; 78, abcès hématique de l'avant-bras ; 76, abcès de la fosse iliaque interne ; 78, périostite alvéolo-dentaire suppurée de la fosse iliaque. — Salle Nélaton (H.) : 5, cancer de l'orbite ; 9, abcès de la fosse iliaque externe ; 11, 13, trépanation de l'apophyse mastoïde ; 16, ostéo-myélite chronique ; 17, fracture compliquée de jambe ; 26, plaie par arme à feu, destruction d'une partie de la main.

Service de M. LEDENTU. — Consultation, mardi, jeudi, samedi. Opération le mercredi. — Salle Denonvilliers (F.) : 61, fibromyome de l'utérus ; 65, cystite-tuberculeuse, fistule vésico-vaginale ; 67, hernie crurale ; 69, métrite, ulcération du col ; 71, hypertrophie du col, amputation conoïde ; 73, cystocèle vaginale ; 75, hygroma prérotulien ; 76, arthrite blennorrhagique du poignet. — Salle Cloquet (H.) : 16, épithélioma du maxillaire inférieur ; 17, 20, fistule urinaire ; 22, coxalgie ; 28, 54, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne ; 48, plaie de poitrine par arme à feu ; 51, écrasement du pied ; 52, épithélioma de la lèvre inférieure ; 51, bec-de-lièvre opéré ; 65, sarcome musculaire, amputation de cuisse ; 56, calcul rénal ; 67, plaie de la main par arme à feu ; 69, ostéo-clasie pour fracture mal réduite ; 70, tumeurs multiples.

Service provisoire, M. REYGNIER. — Baraques : 1, mal perforant plantaire ; 11, phlébite variqueuse ; 14, névromes multiples ; 17, ostéite tuberculeuse du radius, évidement de l'os ; 21, luxation ancienne de l'épaule ; 20, phlegmon diabétique ; 31, hygroma prérotulien ; 32, hernie épiploïque ; 39, adénite suppurée de la fosse iliaque ; 47, cystite tuberculeuse ; 50, fracture du maxillaire inférieure, suture osseuse ; 59, cancer de la langue, amputation de la langue ; 60, sacro-coxalgie.

Service d'accouchements, M. PORAK. — Pavillon Paul Dubois.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 31. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 JUILLET 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

SEPTIÈME LEÇON (*Suite et fin*) (1).

L'étiologie du charbon spontané.

Ces vues de M. Pasteur sur l'étiologie du charbon spontané ont été l'objet de vives controverses de la part de M. Koch (2). Pour les *moutons*, ainsi que nous l'avons vu, M. Pasteur pense que la contamination s'effectue habituellement par des piqûres de la bouche ou de la muqueuse du pharynx produites par les aspérités des fourrages souillés par des spores ; à l'appui de cette manière de voir, il invoque la tuméfaction, l'inflammation, ainsi que la grande réplétion bactéridienne des ganglions rétro-pharyngiens et cervicaux que l'on trouve ordinairement à l'autopsie des moutons charbonneux. M. Toussaint avait fait des constatations analogues et en avait tiré la même conclusion. M. Koch pense que l'engorgement des ganglions dans une région donnée n'est pas une preuve certaine que l'inoculation a eu lieu sur la muqueuse ou le tégument externe de cette région; dans ses expériences sur le charbon inoculé, il a vu souvent les ganglions, éloignés du lieu d'inoculation, aussi malades que les ganglions les plus proches (3).

Pour lui, l'infection des herbivores se fait surtout par la voie intestinale, et il se base sur les lésions ulcéreuses et gangréneuses, que l'on rencontre presque toujours sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, ainsi que sur l'engorgement des ganglions mésentériques. Ce mode d'infection s'observe surtout chez le cheval et le bœuf. Mais ce ne sont là, à tout prendre, que des points de détail.

C'est surtout contre le transport des spores par les vers de terre que M. Koch s'éleva avec vivacité. D'une façon générale, il conteste que des spores puissent se former dans les liquides épanchés hors d'un cadavre charbonneux enfoui à une certaine profondeur dans le sol, à cause de la faible température qui y règne habituellement, dans nos contrées. D'après les chiffres empruntés au bureau statistique de Berlin pour l'année 1880, la température maxima du sol, à 1/2 mètre de profondeur, s'observa en août et septembre où elle oscilla entre 15 et 19° ; à un mètre de profondeur, le maximum de température fut constaté à la même époque et varia entre 14 et 18°. Or, fait remarquer M. Koch, si l'on cultive la bactéridie à 18°, les premières spores ne font leur apparition dans les filaments qu'au bout de 5 jours environ, et à 16° au bout de 7 jours seulement. Il en conclut que dans nos climats tempérés, des cadavres enfouis à 1 mètre ou à un 1/2 mètre de profondeur ne se trouvent que pendant quelques mois de l'année placés dans des conditions de température propres au développement parcimonieux de spores charbonneuses. Mais il résulte de ces chiffres mêmes que ce développement est possible, pendant l'été, c'est-à-dire dans la saison où les épidémies charbonneuses sont précisément le plus fréquentes dans les pâturages. En outre, M. Koch néglige un facteur important et qui doit, dans les premiers jours qui suivent l'enfouissement, notablement élever la température du sol autour du cadavre d'un bœuf et même d'un mouton : c'est la chaleur dégagée par le cadavre par le fait de la putréfaction ; nul doute que l'élévation de température qui en résulte ne puisse singulièrement favoriser et hâter la formation des spores. On voit donc que cette objection n'a pas la portée qu'on pourrait être tenté de lui attribuer.

Pour réfuter le transport par le ver de terre, M. Koch répéta l'expérience de M. Pasteur et mit dans un vase 300 gr. de terre de jardin mêlée à une grande quantité de spores charbonneuses ; des vers de terre y furent placés et, au bout d'un certain nombre de jours, le contenu de l'intestin de ces vers fut inoculé à des souris, en même temps qu'on inoculait à d'autres souris de la terre que renfermait le vase. L'expérience montra que cette terre conférait le charbon bien plus sûrement que l'inoculation du sable contenu dans l'intestin des vers. M. Koch en conclut que les vers de terre sont « de très mauvais messagers des germes » et que si eux seuls, ainsi que les spores profondément développées dans la terre autour du cadavre, intervenaient pour perpétuer le contage, il y a longtemps que le charbon aurait dû disparaître. Et cependant, l'expérience de M. Koch ne montre qu'une chose, c'est que la terre renfermée dans l'intestin des vers peut être moins riche en spores que la terre dans laquelle ces vers ont été placés ; mais elle ne prouve nullement que ces vers ne puissent puiser des spores dans une terre qui en est souillée et les transporter dans des parties du sol qui en étaient indemnes.

Pour M. Koch, les fosses où un cadavre charbonneux a été enfoui, ne sont contaminées qu'à la *surface*, par les bactéridies déposées à fleur de sol au moment de l'enfouissement, avec le sang, les urines et les liquides qui s'échappent du cadavre, et qui trouvent à la surface du sol les conditions de chaleur, d'humidité nécessaires à la formation des spores. Il n'est pas douteux que les choses ne se passsent ainsi, mais il est impossible d'expliquer ainsi la longue durée de la persistance des germes charbonneux à la surface des fosses. Si les spores ne se formaient qu'à la surface, aux dépens des bactéridies qui ont souillé le sol au moment de l'enfouissement, ces spores ne tarderaient pas à être disséminées au loin et à disparaître rapidement sous l'in-

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26 et 30.

(2) Koch, *Zur Ætiologie des Milzbrandes* (*Mittheil. aus den kais. Gesundheitsamte*. Bd. I, 1881, p. 49.)

(3) Ce n'est là certainement qu'une exception ; dans la grande majorité des cas, les choses se passent comme l'ont indiqué M. Pasteur et M. Toussaint. Ce dernier faisait à ce sujet une expérience des plus décisives : il faisait inoculer des moutons dans une région quelconque de la peau et qu'on ne lui désignait point ; à l'autopsie, par l'aspect des ganglions les plus malades, il arrivait toujours à déterminer, à quelques centimètres près, le point précis où l'inoculation avait été pratiquée. Chez les lapins, inoculés par la voie sous-cutanée, j'ai pu constamment m'assurer que les ganglions où aboutissent les lymphatiques du point inoculé sont très tuméfiés, rouges et littéralement farcis de bactéridies, alors que ces lésions sont incomparablement moins prononcées sur les ganglions des autres régions du corps.

© BIU Santé

fluence des eaux pluviales, du vent, de l'action des rayons solaires, etc. Leur longue persistance à la surface du sol de la fosse montre bien qu'elles se renouvellent constamment, et ce renouvellement ne peut guère s'expliquer que par un transport incessant s'effectuant de la profondeur de la fosse à la surface du sol. Du reste, hâtons-nous de le dire, si les vers de terre sont des agents certains de transport des spores, ils n'en sont pas les agents uniques ; les labours un peu profonds, les défoncements du sol agissent dans le même sens.

« On comprend ainsi, comme le résume très clairement M. Chamberland, pourquoi il y a des champs *maudits*, c'est-à-dire des champs où l'on ne peut pas faire paître les animaux sans provoquer la maladie charbonneuse. Ce sont des champs où on a enfoui des animaux charbonneux, ou bien où l'on a amené de la terre ou des engrais renfermant des débris charbonneux. Ces germes peuvent, à leur tour, être transportés sur les champs de plusieurs manières. Les pluies et surtout les pluies d'orage, en entraînant les particules terreuses, entraînent aussi les germes. Une partie de ceux-ci se déposent sur les terres, le long des fossés des routes, etc. ; une autre partie est entraînée jusqu'au ruisseau le plus voisin, lequel, s'il vient à déborder, va également semer des spores sur ses rives. Il est même très probable que ces spores, se trouvant parfois dans des eaux stagnantes plus ou moins chargées de matières organiques, germent, se reproduisent et donnent de nouvelles spores comme dans les cultures artificielles. C'est probablement là la cause des épidémies charbonneuses qui se déclarent parfois dans les prairies à la suite des inoculations. Une autre cause de dissémination des spores est dans les engrais qui, souvent, proviennent d'étables où sont morts des animaux charbonneux, ou même des fumiers sur lesquels on a jeté les animaux ou des débris d'animaux morts du charbon.

« Enfin, nous avons démontré qu'en faisant manger des spores charbonneuses à des moutons, tous ne succombent pas. Chez ceux qui survivent, les spores ingérées ne sont pas détruites par leur passage à travers le canal intestinal. On les retrouve vivantes et virulentes dans les excréments. De sorte que des moutons qui ont absorbé des spores sur un champ maudit, par exemple, peuvent ensuite, suivant le chemin parcouru par les animaux, les répandre à des endroits variables (1). Voilà beaucoup de causes auxquelles, sans doute, on pourrait encore en ajouter d'autres, qui nous permettent de comprendre comment les germes se disséminent à la surface de la terre (2). »

M. Koch comprend d'une manière différente l'étiologie du charbon spontané. Il pense que les bactéridies vivent habituellement d'une façon tout à fait indépendante de l'organisme des animaux et que leur passage dans le corps de ces derniers ne constitue qu'un épisode fortuit ; en un mot, les bactéridies ne seraient *parasitaires* que par accident, et leur existence et leur propagation ne seraient pas étroitement liées à ce parasitisme. A l'appui de cette opinion, il invoque un certain nombre d'arguments, dont voici les principaux : on voit naître des affusions charbonneuses dans des localités où jamais cadavre charbonneux n'a été enfoui et où il est impossible d'établir l'importation de produits charbonneux provenant d'animaux malades. En revanche, l'expérience enseigne que souvent les épidémies charbonneuses succèdent aux inondations des rivières et des étangs, lorsque les troupeaux sont mis paître dans les endroits qui ont été inondés ou sont nourris avec des fourrages récoltés sur ces terrains. D'autre part, on sait que la bactéridie vit très bien et donne des spores abondamment quand on la cultive sur des pommes de terre cuites, dans des infusions ou des macérations d'herbes ou de foin (pourvu qu'elles soient rendues neutres ou légèrement alcalines), dans les macérations de graines, de froment, de certaines racines, etc. M. Koch pense que ces macérations végétales se produisent fréquemment dans les localités humides, en été, et que leur réaction primitivement acide est facilement rendue neutre ou alcaline sous l'influence des calcaires du sol. Il est du reste d'observation vulgaire que le charbon est particulièrement fréquent sur les terrains calcaires. C'est donc sur les débris de végétaux morts ou dans les macérations de substances végétales que la bactéridie se cultiverait et formerait ses spores. Les conditions favorables à cette culture de la bactéridie se rencontrent surtout dans les endroits marécageux, aux bords des rivières ou des eaux stagnantes. Survienne une inondation, les spores ainsi formées sont entraînées par les eaux, déposées sur les herbages des prairies riveraines et donnent le charbon aux animaux qui y viennent paître (1).

Ces vues de M. Koch sont simplement hypothétiques, ainsi qu'il le déclare lui-même, et nous ne sachions pas que jusqu'ici elles aient reçu la confirmation de l'expérience. Le rôle prépondérant qu'il fait jouer aux inondations est assurément exagéré ; il suffit de rappeler à cet égard que la Beauce, la terre classique du charbon en France, est un plateau élevé, sec, admirablement cultivé et où les inondations sont inconnues ; en Auvergne, il règne surtout dans les pâturages montagneux (mal de montagne). Récemment, M. Siedamgrotzky, dans son rapport sur le charbon dans le royaume de Saxe, constatait que « la propagation des spores du charbon par les inondations ne paraît guère pouvoir être invoquée dans ce pays, attendu que le charbon est beaucoup plus rare dans la plaine souvent sujette aux inondations, que dans le haut pays, qui est en grande partie sec (2). »

Du reste, si l'origine tellurique du charbon est définitivement établie dans ses grandes lignes, beaucoup de points restent encore à élucider pour l'interprétation précise des endémies et des épidémies charbonneuses, selon la constitution physique, la composition chimique du sol, son degré d'humidité, etc. Une étude préliminaire intéressante dans cette direction a été tentée récemment par M. Soyka (de Prague). Elle avait pour but d'établir expérimentalement l'influence exercée par la porosité du sol et son degré d'humidité sur le développement des spores du bacillus anthracis. Dans ce but, M. Soyka s'est servi de fines particules de quartz, dûment stérilisées, qu'il arrosait avec un liquide nutritif renfermant des bactéridies, imitant ainsi ce qui se passe quand des liquides provenant d'un cadavre charbonneux sont répandus dans le sol. Il constata que dans ce mélange, fait dans de certaines proportions, les spores se forment *plus vite*, *plus sûrement* et *plus*

(1) M. Kitt a fait récemment, à l'école vétérinaire de Munich, des recherches qui tendent à établir que les matières fécales provenant du gros bétail charbonneux jouent un rôle important dans la propagation et la conservation du virus charbonneux à la surface du sol. La bouze de bœuf présente, en effet, une réaction neutre ou alcaline quand elle est mêlée, comme cela s'observe chez les animaux charbonneux, de sang et de mucus ; les bactéridies que le sang y met y trouvent donc un milieu de culture très favorable et donnent facilement des spores ; c'est ainsi que se perpétueraient surtout les enzooties charbonneuses que l'on observe dans les Alpes bavaroises (*Deutsche med. Wochenschr.* 1885, p. 507).

(2) Chamberland, *Le charbon et la vaccination charbonneuse*, Paris, 1883, p. 76.

(1) Koch (*loc. cit.*, p. 75-79).

(2) Siedamgrotzky, *Ueber das Vorkommen des Milzbrandes im K. Sachsen in den letzen 25 Jahren* (analysé in *Fortschritte der Med.* 1886, p. 246).

© BIU Santé

abondamment que dans le bouillon même placé à la même température. Il constata en outre qu'il existe une proportion déterminée dans le mélange du sable et du liquide qui est la plus favorable à la sporulation, les conditions devenant moins favorables lorsque la quantité de liquide mêlée au sable augmente ou diminue. La sporulation de la bactéridie est plus facile dans le mélange ainsi obtenu que dans le bouillon pur de culture, sans doute parce que le conflit de l'air avec la bactéridie est plus assuré dans ce mélange. Cette expérience est instructive en ce sens qu'elle nous montre combien la terre constitue un excellent milieu de culture pour la bactéridie, et dans quelle mesure tel ou tel degré d'humidité du sol peut exercer son influence (1).

Les *mesures prophylactiques* découlent tout naturellement des notions étiologiques qui précèdent. En somme, ce sont les cadavres des animaux charbonneux qui sont la principale cause de propagation de la maladie, et c'est sur leur destruction que doivent surtout porter les efforts.

« Il est certain que l'incinération ou la cuisson des cadavres serait la mesure la plus efficace. Aussi a-t-on constaté que dans les régions où il existe des clos d'équarrisage, la mortalité a beaucoup diminué. Malheureusement, ces établissements sont assez rares; en outre, les petits animaux comme les moutons n'ont pas une valeur suffisante pour que les équarrisseurs aient intérêt à envoyer chercher les cadavres; de sorte que souvent les moutons sont abandonnés sur les champs ou enfouis à une très faible profondeur. Quelquefois même ils sont dépouillés sur place par le berger, et la chair est donnée en pâture aux chiens qui en dispersent les débris. Il en résulte que les germes vont se répandre un peu partout dans les champs. Lorsque les moutons meurent à la bergerie, leurs cadavres sont souvent jetés sur le fumier; de là, ils iront répandre les germes dans les champs, au moment de la fumure. Ces pratiques doivent être entièrement rejetées, car ce sont elles qui propagent la maladie. S'il existe, dans le voisinage de la ferme, un établissement d'équarrissage, on devra y transporter les cadavres le plus tôt possible. Si cette mesure n'est pas praticable, le procédé le plus sûr et le plus commode consisterait à sacrifier une petite portion de terre que l'on transformerait en un cimetière clos d'un mur assez élevé et assez profondément assis pour que les animaux vivants ne puissent y pénétrer et pour que les eaux de pluie ne puissent entraîner les germes sur les champs voisins.

« Le transport des cadavres exige les plus grandes précautions; en général, les animaux laissent suinter du sang par leurs orifices naturels; ce sang coule sur les routes et peut être une cause de contagion. Les équarrisseurs devraient être tenus d'avoir des voitures étanches, doublées de zinc, par exemple.

« Enfin, il faut désinfecter les places où sont morts les animaux, ainsi que les objets avec lesquels ils ont été en contact. Il ne sera pas toujours possible de recourir à l'action directe du feu; on utilisera alors la propriété que possède l'eau bouillante de tuer la bactéridie et ses germes. On jettera de l'eau bouillante sur la paille, sur le fumier, sur le sol des écuries, sur les parois des murs, dans les mangeoires, etc., ainsi que sur les peaux qui ne doivent pas être suspendues dans les bergeries sans avoir subi ce lavage. On nettoiera aussi à l'eau bouillante les véhicules qui ont transporté les cadavres, les couteaux et autres instruments qui ont servi à les écorcher.

« Si l'animal meurt sur les champs, on brûlera de la paille ou des herbes sèches à l'endroit où il a succombé. Si l'on ne peut produire ces flambées, on arrosera la place avec une solution à 1 0/0 de sulfate de cuivre. Cette solution sera aussi utilement employée à la désinfection des étables (2). »

(1) Soyka, *Bodenfeuchtigkeit und Milzbrandbacillus* (Fortschritte der Med. 1886, p. 281.)

(2) Chamberland, *op. cit.*, p. 87.

J'ai tenu à entrer dans ces menus détails relatifs à la prophylaxie du charbon, quoiqu'ils intéressent plus directement l'agronome et le vétérinaire que le médecin; mais je ne pouvais choisir de meilleur exemple pour montrer quels doivent être, en matière de maladies infectieuses, les principes dont la prophylaxie doit s'inspirer, et en même temps combien ces mesures préventives gagnent en précision et en efficacité toutes les fois que les notions étiologiques deviennent elles-mêmes plus exactes et plus pénétrantes. (*A suivre*).

CHIMIE MÉDICALE

De la recherche de la glycose dans les urines par l'acide picrique ;

Par **Paul THIÉRY**, aide d'anatomie de la Faculté.

La recherche de la glycose dans les urines étant un fait capital dans le diagnostic du diabète sucré, on ne doit pas être étonné lorsque l'on considère le grand nombre de réactions par lesquelles la chimie clinique s'est efforcée de déceler ce corps dans l'excrétion urinaire. Sans vouloir en donner un tableau complet, nous rappellerons seulement que l'on peut grouper les propriétés de la glycose urinaire sous trois chefs principaux.

Preuves physiques : polarimétrie.

Preuves chimiques.

Preuves d'ordre biologique : fermentation.

La polarimétrie est un procédé sûr et rapide, mais bien peu à la portée du praticien, lorsque celui-ci exerce en dehors des grands centres, car là seulement des appareils de physique sont à sa disposition.

La fermentation doit être également rejetée à cause du temps qu'elle exige pour s'accomplir et des inconvénients inhérents à ce mode de recherches.

Il ne reste donc plus que deux sortes de preuves pour le médecin qui n'a point de laboratoire à sa disposition, surtout pour le médecin de campagne qui ne peut pas toujours faire soumettre à une analyse précise l'urine de ses malades et qui souvent aussi recule devant un voyage fait à la ville la plus voisine pour y faire analyser l'urine suspecte.

Ces signes sont de deux ordres : les uns chimiques, les autres que l'on pourrait appeler signes probables parmi lesquels quelques-uns sont presque certains : le prurit et le phimosis diabétique par exemple, sur lesquels M. le professeur Sée a souvent attiré l'attention, la stomatite, enfin la polyphagie, la polyurie et les éruptions cutanées, l'absence de désirs vénériens et bien d'autres encore.

Souvent un diabète a passé inaperçu jusqu'à ce qu'une circonstance toute fortuite fît découvrir la véritable nature de la maladie. La plupart des traités de pathologie mentionnent, à l'appui de cette assertion, un grand nombre de faits curieux et instructifs.

A côté des probabilités cliniques, état poisseux du linge, prurit et balano-posthite, concrétions blanches et mamelonnées sur les poils du pubis et du scrotum, on trouve des faits nombreux de malades soignés pour des affections les plus diverses jusqu'à ce qu'un animal domestique, un chien, un chat, en léchant les gouttes d'urine répandues par le malade vint attirer l'attention du médecin et mettre sur la voie du diagnostic.

Nous ne voulons, pour preuve de l'importance de ces

© BIU Santé

hasards, que la remarquable clinique faite par M. le professeur Hardy (1).

« Il est rare, dit-il, qu'on arrive au diagnostic par le grand chemin et en abordant le vase de nuit du malade..... L'urine est sirupeuse, empèse le linge et laisse quelquefois des traces sur les vêtements, surtout sur les étoffes noires et de laine. Il reste sur le pantalon des taches blanches. Ainsi, j'ai observé un magistrat qui se croyait atteint de maladie vénérienne en voyant des taches blanches sur sa robe, ce qui me mit en éveil et me fit découvrir le diabète.

Dans les campagnes vous verrez souvent un signe vulgaire et cependant révélateur ; les mouches sont attirées par l'urine diabétique et on trouve des cadavres de mouches ou de fourmis dans le vase de nuit. »

Ces mots nous font bien comprendre l'importance qu'il y a pour le médecin de campagne à être attentif aux faits les plus insignifiants en apparence, et ce diagnostic de l'urine sucrée par la présence des mouches montre jusqu'où doit descendre l'observateur et jusque sur quels détails infimes doit porter son examen. Enfin, et pour nous pénétrer encore davantage de l'intérêt que l'on doit attacher à cette question de la réduction du nombre des réactifs dans la pratique civile, le même professeur ajoute :

« Notons un signe qui, autrefois, était presque le seul : la saveur sucrée de l'urine; on trempe le doigt dans l'urine et on goûte ; une fois n'est pas coutume ; n'omettez pas ce moyen et votre diagnostic sera fait immédiatement et sans qu'il soit besoin d'aucun réactif ni d'aucune analyse. »

Voilà un bon précepte : Pour nous, nous n'avons pas hésité à le mettre plusieurs fois en pratique ; mais bien des médecins, croyons-nous, reculeront devant cette extrémité, surtout à la campagne, où l'amour de la science n'est pas, en général, poussé très loin.

De plus, nous ne croyons pas que le goût puisse également suffire dans mainte occasion : nous nous sommes appliqué à rechercher, de cette manière, la glycose dans plusieurs cas où les dosages nous avaient fait reconnaître une proportion de sucre variant entre 10 et 20 gr. ; nous n'avons pas retrouvé la saveur sucrée que l'on perçoit bien lorsque le chiffre de la glycose monte de 35 à 40 gr. et au delà par litre. Cependant 20 gr. de sucre, c'est un chiffre dont le médecin doit tenir compte, surtout s'il y a polyurie, et nous pouvons, dès maintenant, en conclure que la gustation n'a de valeur que si elle a pour résultat l'affirmative : dans le cas contraire, l'absence de sucre n'est pas démontrée et il faut en accuser probablement la saveur fade et farineuse de la glycose qui est perçue bien avant la saveur sucrée.

Parmi les procédés chimiques, nous examinerons seulement les principaux. Ils sont innombrables, car la glycose étant un corps réducteur, intervient en cette qualité dans la plupart des réactions qui lui ont été attribuées comme propres.

De toutes ces réactions, la meilleure nous paraît être la réduction des sels de cuivre en présence de la potasse par une des liqueurs de Fehling, de Violette ou de Bareswill.

La coloration noire du sous-nitrate de bismuth en présence du carbonate de soude est infidèle et douteuse, car elle se produit avec les sulfures ; la coloration brune par la potasse ou la chaux est meilleure, mais encore n'est-elle pas toujours due à la glycose.

Quant à la décoloration du carmin d'indigo et à vingt autres réactions plus ou moins compliquées, ce ne sont que des réactions de laboratoire exigeant des réactifs spéciaux, que le médecin éloigné des villes ne peut posséder.

Il nous resterait donc surtout la réaction cupro-potassique : mais ici interviennent des difficultés nombreuses : c'est un réactif liquide, par suite difficile à transporter ; de plus, il est excessivement altérable et peut, à la suite de cette altération, subir la réduction sans exiger la présence de glycose, par conséquent induire en erreur. Malgré tous les différents titres auxquels on emploie la liqueur, les chimistes n'ont pu éviter cet inconvénient : conservation possible seulement à l'abri de la lumière ; altérabilité extrême qui doit faire rejeter toute liqueur préparée depuis plusieurs mois, souvent alors même qu'elle a été conservée dans des flacons de verre coloré.

Ajoutons, enfin, que chaque village possédant un médecin n'a pas toujours un pharmacien, et l'on comprend tous les désavantages que peut présenter, dans ces conditions, un réactif aussi altérable.

Pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Antoine, M. Chauffard, professeur agrégé de la Faculté, attira notre attention sur une réaction publiée et employée en Angleterre, et regardée comme une innovation en clinique, bien que, connue depuis longtemps en chimie, comme nous avons pu nous en assurer au moment de nos recherches.

L'acide picrique était employé, en effet, en Angleterre, à la fois pour la recherche du sucre et pour celle de l'albumine d'où le nom « universal test » qui lui a été donné et qui témoigne de sa double application aux recherches urologiques. Ce réactif est, à notre connaissance du moins, peu répandu en France et, cependant, il nous semble appelé à entrer dans la pratique pour plusieurs raisons :

Le médecin a intérêt à réduire au plus petit nombre qu'il lui sera possible les réactifs dont il fait usage ; il doit préférer ceux dont le transport et la conservation sont faciles.

Or l'acide picrique réunit ces conditions : tout le monde sait, en effet, qu'il se présente cristallisé sous forme de paillettes de couleur jaune-pâle non déliquescentes et non altérables.

Il est facile à mettre en solution puisqu'il est soluble à $\frac{1}{86}$ à 15°, à $\frac{1}{84}$ à 20°, titre suffisant pour produire la réaction que nous allons étudier. Il est très soluble dans l'alcool et l'éther. Enfin, ajoutons encore qu'il est peu coûteux et que sa solution hydro-alcoolique ou hydro-acétique est un des réactifs les plus précieux pour déceler l'albumine. Nous n'insistons pas sur cette réaction bien connue qui est la base du procédé rapide de dosage de l'albumine connu sous le nom de méthode d'Esbach.

Ceci dit, étudions la réaction picrique de la glycose.

Nos premiers essais ont porté sur une urine qui contenait quarante grammes de sucre environ : ils ont tous échoué jusqu'au jour où nous avons additionné l'urine d'une solution de carbonate de soude. En effet, il est un premier point à noter : c'est qu'on doit agir en solution alcaline ou neutre.

L'urine étant donc neutralisée, on chauffe à ébullition dans un tube à essai et on maintient celle-ci quelques instants : on ajoute peu à peu la solution d'acide picrique et le liquide qui était d'abord jaune d'or passe insensiblement à la teinte orangée, groseille, rubis,

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 18 novembre 1879 et numéros suivants.

© BIU Santé

cramoisi ; à ce moment, et si l'on continue de chauffer, la teinte vire au brun bistré, puis au brun foncé et garde après refroidissement une couleur qui se rapproche de celle que présente une solution concentrée d'acide chromique. On peut encore obtenir la réaction en chauffant le mélange d'urine et de carbonate jusqu'à ébullition, puis ajoutant l'acide picrique et laissant reposer le tube, la teinte s'accentue peu à peu et atteint le rouge cramoisi au moment du refroidissement. Cette coloration est assez caractéristique, elle est très analogue à celle que produisent les sels ferriques en présence du sulfocyanure de potassium. En résumé, les teintes que l'on obtient varient suivant la durée de l'ébullition du rouge rubis au brun foncé.

Une manière très élégante de produire la réaction en anneau coloré consiste à chauffer le mélange d'urine et d'acide picrique et à laisser tomber au fond du tube un cristal de carbonate de soude : la réaction a lieu immédiatement au niveau du sel avant sa dissolution complète.

On peut aussi ne chauffer que la partie supérieure du tube, comme on le fait pour la coagulation de l'albumine, et, dans ce cas, le contraste entre la partie inférieure du liquide restée de couleur jaune d'or, et la partie supérieure devenue rouge ou brune, est encore plus frappant.

Nous devons noter d'ailleurs qu'il est indifférent d'intervertir l'ordre d'introduction des liquides dans le tube : la réaction a lieu dans tous les cas ; cependant il nous semble préférable de verser d'abord l'urine et l'acide picrique et d'ajouter ensuite graduellement le carbonate de soude ; la neutralisation complète sera annoncée par le début de la réaction, qu'un excès de carbonate alcalin semble accentuer.

On pourrait être embarrassé pour savoir quelles proportions de chaque solution on doit employer ; nous croyons bien faire en fixant les idées à ce sujet par quelques chiffres qui nous ont paru remplir les meilleures conditions d'intensité et de netteté de la coloration.

Nous nous sommes servi de la solution aqueuse d'acide picrique saturée à froid et nous mélangeons les liquides dans les proportions suivantes :

Urine	5 cc.
Solution aqueuse saturée de carbonate de soude. .	5 cc.
Solution aqueuse saturée d'acide picrique	2 cc.

La réaction est ainsi très nette et très belle ; si on ajoute 1 cc. seulement de solution d'acide picrique, la réaction est encore nette, quoique moins accentuée; un excès d'acide picrique au contraire, en détruisant la neutralité du liquide, rend la réaction indécise.

Braun (*Journ. für praktisch Chemie*, t. XCVI) que nous avons consulté depuis, conseille le mélange suivant (mais il parle de solution de glycose et non d'urine sucrée) :

Solution aqueuse d'acide picrique au 250e, chauffer à 90° la solution de glycose avec de la soude ; ajouter quelques gouttes d'acide picrique et porter à l'ébullition.

Nous avons voulu nous rendre compte de la sensibilité du réactif, car c'était là un élément important avant d'en conseiller l'emploi comme pouvant remplacer avec avantage les liqueurs altérables cupro-potassiques. Tout d'abord notons deux particularités : l'addition d'Az H^3 à l'urine, à la place du carbonate de soude, ne permet pas à la réaction de se produire. La réaction produite, le liquide se décolore si on y ajoute un acide ou bien vire au noir : Conséquence importante : 1° on ne peut remplacer le carbonate de soude en neutralisant par l'ammoniaque.

2° Les tubes à essai doivent être soigneusement essuyés avant l'expérience, surtout s'ils ont été lavés à l'acide nitrique, comme on le fait fréquemment.

Pour éprouver la sensibilité du réactif, nous l'avons essayé soit avec des urines de diabétiques dont la richesse en sucre était connue, soit avec des solutions titrées de glycose, et nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Urine contenant 5 0/0 de glycose et au-dessus, réaction très nette.

— $\frac{5}{300}$ réaction nette.

— $\frac{5}{400}$ la réaction est encore nette, mais moins complète.

— $\frac{5}{450}$ est nette, mais par comparaison avec la solution d'acide picrique employée.

— $\frac{5}{600}$ nette, seulement par comparaison.

Au-dessous de ces chiffres, la réaction tend à devenir indécise.

Mais dans tous ces cas, nous n'avons pas tenu compte de la dilution que fait subir à l'urine la solution de carbonate ajoutée, ce qui double de moitié la sensibilité du réactif : on pourrait du reste diminuer la dilution en remplaçant la solution de carbonate de soude par le sel cristallisé employé directement et mis en solution dans l'urine même que l'on veut analyser.

En résumé, on voit, d'après ces chiffres, que l'acide picrique est capable de fournir un bon réactif pour les urines contenant 12 gr. par litre de glycose, mais qu'il peut en déceler des quantités bien moindres puisqu'il donne une réaction appréciable dans une urine ne contenant que 8 gr. environ. Nous rappelons que l'on pourrait ramener ces deux chiffres a 6 gr. pour la réaction nette, et à 4 gr. pour la réaction simplement appréciable, en tenant compte de la dilution que subit l'urine par l'addition de la solution alcaline et de la solution d'acide picrique.

Or, pour affirmer le diabète, dit M. Hardy dans la même clinique, il faut trouver dans les urines au moins 6, 8, 10 gr. par jour. Si on en trouve une quantité moindre, mais à l'état permanent, il faut encore attendre avant de se prononcer. Le réactif est donc suffisant pour un diagnostic exact dans la plupart des cas que l'on est appelé à observer.

Nous terminerons ces considérations par quelques détails sur cette réaction et les composés chimiques qui y prennent naissance.

L'acide picrique en solution portée à l'ébullition et mis en présence d'un corps réducteur produit de l'acide picramique ; ce n'est pas autrement qu'agit la glycose urinaire dans la réaction dont nous venons de parler. Cet acide picramique, encore appelé nitrohématique par Wœhler (1) est donc le résultat de l'action des corps réducteurs sur l'acide picrique.

On l'a encore appelé dinitramidophénol, acide dinitramidophénique ; sa formule correspond à $C^6 H^2 (Az O^2)^2 Az H^2, OH$.

(1) Voir pour plus de détails concernant les réactions et la préparation de l'acide picramique : Woehler. *Annal. de Pogg.....*, t. XII, p. 488. — A. Girard. *Comp. rend. de l'Acad.*, t. XXVI, p. 421. — Braun. *Journ. für praktisch. Chemie*, t. XCVI, et *Bull. de la Soc. chim.*, 1886, t. VI, p. 205. — Carrey Lea. *Americ. Journ. of Sc.*, n° 95.— Pugh. *Annal. der Chemie und Pharm.*, t. XCVI, p. 83.

© BIU Santé

En effet, l'acide picrique ou trinitrophénol $C^6 H^2 (Az O^2)^3 OH$ renferme 3 groupes Az O^3 qui peuvent être remplacés successivement par 1, 2 ou 3 groupes Az H^2 formant autant de dérivés spéciaux.

Cet acide picramique, le premier de la série, a été préparé par A. Girard, à l'aide du sulfhydrate d'Az H^3. On dissout l'acide picrique dans l'alcool à froid, on ajoute un excès de sulfhydrate, on fait évaporer au bain-marie et après avoir repris par l'eau bouillante, on décompose par l'acide nitrique le picramate d'ammonium obtenu : l'acide picramique se présente alors cristallisé sous l'aspect rouge rubis que nous avons signalé précédemment. Un excès d'acide azotique concentré le convertit de nouveau en acide picrique.

Il se produit encore lorsque l'on réduit l'acide picrique par les chlorures de fer et d'étain, le sulfate ferreux, le chlorure de zinc, le ferrocyanure de potassium en présence des alcalins ; par les sulfures alcalins, enfin, comme nous l'avons vu, en présence d'une solution alcaline de glycose.

Carey a démontré, et nous avons pu nous assurer que le cyanure de potassium en présence d'Az H^3 donne à chaud une coloration rouge avec l'acide picrique.

Ce sont donc autant de corps dont on devra se garder dans l'analyse. Mais la présence de ces corps dans l'urine n'étant pas chose commune, nous pouvons en conclure que l'acide picrique doit être considéré en clinique comme un bon réactif de la glycose et doit être préféré aux liqueurs de cuivre par les médecins éloignés des villes pour les raisons suivantes :

1° État solide sous lequel il se présente.

2° Conservation assurée et illimitée.

3° Réaction suffisamment sensible qu'il produit avec la glycose, réaction *colorée*, ce qui ajoute une garantie à son emploi.

4° Propriété qu'il possède de déceler en même temps l'albumine.

5° Facilité avec laquelle il précipite la plupart des alcaloïdes, brucine, strychnine, vératrine, quinine, quinidine, cinchonine et quelques alcaloïdes de l'opium qu'on peut avoir à rechercher dans le même produit d'excrétion.

Il peut donc suffire à lui seul dans une analyse sommaire de l'urine où l'on désire rechercher à la fois le sucre, l'albumine et quelques alcaloïdes.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

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

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

COURS DE VACANCES. — Pendant les mois d'août et septembre prochains, *un cours pratique de bactériologie* aura lieu au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. On s'inscrit d'avance au laboratoire du professeur Cornil à la nouvelle École pratique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Limite d'âge des professeurs de l'enseignement supérieur.

Les arguments que nous avons fait valoir dans ce journal à différentes reprises en faveur de la nécessité de fixer une limite d'âge pour les professeurs de l'enseignement supérieur, les considérations sur lesquelles se sont appuyés successivement, à la Chambre des députés, MM. Durand, Jules Roche, Dubost et Bourneville ; quelques articles dans la presse, notamment celui de M. Laborde dans la *Tribune médicale*, ont fini par attirer l'attention du gouvernement et ont déterminé M. le Ministre de l'instruction publique à prendre les mesures indispensables afin de remédier à une situation qui devenait de plus en plus préjudiciable aux intérêts de l'enseignement et à la réputation scientifique de notre pays. Le décret du 28 décembre 1885, en changeant le mode de nomination des doyens, en mettant une borne aux abus des congés indéfinis, a réalisé un progrès sur l'état antérieur. En ce qui concerne la mise à la retraite des professeurs, ce qui nous intéresse plus particulièrement aujourd'hui, l'article qui s'y rapporte et que nous replaçons sous les yeux de nos lecteurs est ainsi conçu :

Art. 39. — Les professeurs titulaires ne peuvent être admis à la retraite, avant l'âge de soixante-dix-ans, que sur leur demande ou en cas d'impossibilité constatée de remplir leurs fonctions. Les titulaires, âgés de soixante-dix ans, peuvent être maintenus en exercices, hors cadre, après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. La chaire qu'ils occupaient peut être déclarée vacante après avis de la section permanente, qui apprécie les conséquences d'ordre scientifique qui peuvent résulter de cette mesure. Ils conservent la totalité de leur traitement, s'ils continuent de prendre part à l'enseignement et aux examens ; ils en conservent les trois quarts, s'ils participent seulement à l'enseignement. Les dispositions qui précèdent ne sont applicables aux professeurs, membres de l'Institut, qu'à l'âge de 75 ans.

Nous avons fait suivre dans le temps (n° 3, p. 57) la publication du décret de quelques réflexions portant principalement sur cet article 39 : « Premier pas un peu timide, disions-nous, dans la voie des réformes. » Nous ajoutions : « Telle qu'elle est, la réforme vaudra par son application. » Eh bien ! l'application paraît devoir être meilleure que tout le monde et nous-mêmes n'osions l'espérer. En effet, ainsi que nous l'avons dit dans le précédent numéro (p. 626), M. Goblet, ministre de l'instruction publique, a mis à la retraite MM. Gavarret, Hardy et Sappey. Il est vrai que, pour des raisons particulières, il a maintenu dans leurs fonctions MM. Demolombe, professeur à l'école de droit de Caen, Tourdes, professeur de médecine légale à la faculté de Nancy, Moussous, professeur de clinique obstétricale à la faculté de Bordeaux, et un professeur de théologie protestante. Nous apprenons, en revanche, que M. Chatin, directeur de l'École de pharmacie de Paris, professeur de botanique, vient, lui aussi, d'être mis à la retraite.

Nous avons l'espoir que M. Goblet ne s'en tiendra pas là, qu'il réduira le plus possible, — jusqu'à 0, ce qui serait le mieux, — les exceptions. Qu'il mettra successivement à la retraite tous les professeurs des établissements d'enseignement supérieur âgés de 70 ans, appartenant, soit aux Facultés, soit au Collège de France, soit au Muséum. Dans ce dernier établissement par

© BIU Santé

exemple, il y a un professeur qui borne son cours à une leçon par semaine, et cette unique leçon se fait, non pas à l'amphithéâtre, mais dans son laboratoire, ce qui indique un auditoire arrivé à son minimum. Nous avons aussi la conviction que M. le Ministre veillera scrupuleusement à l'exécution de l'article 22, relatif à la nomination des doyens et des directeurs des écoles supérieures, et de l'article 35, relatif aux congés qui peuvent être accordés aux professeurs titulaires.

Nous terminerons cet article en insistant de nouveau sur la nécessité qu'il y a de fixer pour les *nouveaux* professeurs la limite d'âge à 65 ans; sur l'urgence qui s'impose à M. le Ministre, d'exiger que tous les professeurs s'acquittent, avec la plus grande exactitude, de leurs fonctions professorales. Il a le devoir d'exiger que le directeur de l'enseignement supérieur, les inspecteurs généraux de cet enseignement les recteurs, le renseignent de la manière la plus précise sur les manquements aux devoirs professionnels. Nous avons le plus profond respect pour tous les membres distingués, éminents et même illustres, qui ont consacré leur existence à l'enseignement et aux progrès du droit, des sciences, des lettres, nous pensons qu'ils ont droit à l'estime de leurs concitoyens, qu'ils méritent une retraite convenable, mais au-dessus des considérations personnelles, nous plaçons l'intérêt de l'Enseignement supérieur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 juillet 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Léon Guignard, professeur à la Faculté des sciences de Lyon, étudie les effets de *la pollinisation chez les Orchidées*. Le temps nécessaire, chez ces végétaux, au développement de l'ovule, et l'intervalle qui sépare la pollinisation de la fécondation étaient, jusqu'ici, à peu près inconnus. Grâce aux nombreuses ressources du jardin botanique qu'il dirige à Lyon, M. Guignard a pu reconnaître que la germination du pollen produit d'abord dans le gymnostème et ensuite dans les parois de l'ovaire, au fur et à mesure que les tubes polliniques se forment et s'allongent, un accroissement en général très rapide qui n'a pas lieu en l'absence de pollinisation. Cet accroissement provoque le développement des ovules. Le tube pollinique pénètre et végète dans l'ovaire, comme le thalle de nombreux champignons entophytes dans leur plante nourricière, et sous l'influence des mêmes causes immédiates, en provoquant, comme plusieurs de ceux-ci, une activité végétative particulière de l'organe envahi. Grâce aux ferments qu'ils contiennent, les tubes polliniques ont le pouvoir de saccharifier l'amidon des tissus et même de dissoudre la cellulose. La découverte de cette stimulation apportée par la présence des organes fécondateurs est des plus intéressantes au point de vue de la physiologie générale.

M. E. Jourdan cherche à déterminer *la structure histologique des Antennes* de certaines Annélides du groupe des Euniciens. La constitution de ces organes, que l'on regarde comme des appendices sensitifs, comprend une cuticule d'enveloppe, un nerf axial et des cellules disposées entre le filet nerveux et la cuticule. Les éléments constitutifs des antennes doivent être en grande partie assimilables plutôt à des cellules et à des fibres névrogliques qu'à des cellules et à des fibres nerveuses.

M. Moissan continue ses recherches sur la *décomposition de l'acide fluorhydrique par un courant électrique*. Il obtient ainsi au pôle négatif de l'hydrogène, au pôle positif un corps gazeux ayant des propriétés nouvelles et qui est probablement le fluor, que l'on n'avait pu obtenir jusqu'à ce jour. L'alcool, l'éther, la benzine prennent feu à son contact, le soufre s'y enflamme et l'iode s'y combine avec une flamme pâle en perdant sa couleur; les métaux sont violemment attaqués. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juillet 1886.— Présidence de M. Bouchereau.

M. Dumontpallier lit une note de M. Brown-Séquard sur l'*inhibition et la dynamogénie*.

M. Duclaux a étudié l'action de la lumière solaire sur les transformations chimiques. Examinant les phénomènes qui se passent dans les liquides nutritifs, il conclut que son action est analogue à celle des microbes sur les mêmes substances.

M. Lataste a recherché quelle était la formule dentaire du daman. Il cite les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question, et conclut à $\frac{1}{2} + \frac{1}{10} + \frac{3}{3}$ dont 4 prémolaires et 3 antéro-molaires. Cet animal est donc un pachyderme et non un rongeur.

M. Gley remet une note de M. L. Garnier (de Nancy) sur l'exhalation de l'acide carbonique par le poumon. Les expériences de l'auteur constituent un véritable retour à la théorie de Robin et Verdeil sur l'acide pneumique.

M. Ch. Richet présente la thèse d'agrégation de M. Picqué sur les *anomalies de développement et les maladies congénitales du globe de l'œil*.

Le présentateur a exposé au soleil deux chiens, dont l'un était muselé. En 40 minutes, la température de ce dernier, qui était de 39°,3 au début de l'expérience, a monté à 44°,75. La mort était imminente : il eut des hématémèses, des hémorrhagies oculaires lorsqu'on fit l'expérience. La température du chien non muselé ne dépassait pas 40°,55. M. Richet en conclut que c'est par l'exhalation pulmonaire rapide entretenue par les fréquentes inspirations et expirations que les chiens se refroidissent suffisamment pour échapper aux dangers des hautes températures. Le jour de l'expérience, le thermomètre marquait 36°,6 à l'ombre. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juillet. — Présidence de M. U. Trélat.

M. Roy (1) lit une note sur une préparation qu'il désigne sous le nom d'*Extrait normal de quinquina granulé*. Il l'obtient en traitant la poudre de quinquina par l'eau pour en extraire la partie tannante et ensuite par l'alcool bouillant et la chaux pour en retirer tous les alcaloïdes. Ces deux extraits réunis et granulés doivent représenter, poids pour poids, une écorce contenant 3 0/0 d'alcaloïdes.

M. Bergeron défend le rapport de M. Rochard et se montre absolument hostile au *vinage*. Cette opération, en effet, n'est plus ce qu'elle était avant 1870; relativement honnête avant cette époque, elle est devenue depuis une fraude dangereuse dont le nom véritable est l'alcoolisation des vins. Il en est de même du *mouillage*, car s'il est permis de mettre de l'eau dans son propre vin, il est malhonnête d'en mettre dans celui que l'on vend aux autres. Mais ce n'est pas seulement aux vins falsifiés par le vinage qu'il faut attribuer les progrès de l'alcoolisme; c'est surtout à la consommation directe des alcools et de l'absinthe. Quelque progrès qu'ait fait la rectification des alcools, on ne peut l'invoquer en faveur du vinage; car les alcools bien rectifiés coûtent trop cher et ne sont nullement employés dans l'industrie du vinage qui a recours aux alcools à bas prix et par conséquent de qualité inférieure. Du reste, quel que soit le mode d'empoisonnement, il n'en existe pas moins et tous les médecins sont unanimes à reconnaître

(1) Cette communication a été faite dans la dernière séance.

© BIU Santé

les progrès constants de l'alcoolisme, ce redoutable fléau qui crée non seulement une déchéance physique, mais encore morale. Il faut donc lutter pour enrayer le mal, s'il en est temps encore, et c'est pour cela que l'Académie, gardienne de l'hygiène publique, se doit à elle-même de voter les conclusions du rapport.

M. Léon Le Fort voudrait que la différence bien établie par M. Dujardin-Beaumetz entre l'ivrognerie et l'alcoolisme fût exprimée d'une façon nette dans le rapport, afin de bien montrer que l'abus des vins suralcoolisés détermine une maladie constitutionnelle, un véritable empoisonnement chronique. Le *vinage* et le *mouillage* sont deux opérations qui doivent être proscrites ; aussi, M. Le Fort est-il dans le fond du même avis que la commission ; il diffère seulement dans le mode d'application des moyens destinés à prévenir le mal. Pour lui, l'abaissement de 15 à 12 de la limite de surtaxe des vins est peut être exagéré ; car un certain nombre de vins, les Bourgogne notamment, contiennent normalement 12 0/0 d'alcool ; il en résulte que bon nombre de ces vins naturels pourraient être taxés de vins vinés. De plus, cet abaissement à 12 0/0 d'alcool n'empêcherait nullement l'entrée en France des vins suralcoolisés. Aussi, le vrai moyen pour arrêter à la frontière les alcools nuisibles fournis par l'étranger est d'établir, au point de pénétration des vins étrangers, des laboratoires qui vérifieront les vins et repousseront tous ceux suralcoolisés, mouillés ou colorés artificiellement.

M. Brouardel voudrait que l'on soit bien pénétré avant tout de cette idée que le vin n'est pas un simple liquide, mais que c'est un aliment vivant vicié par la trop grande quantité d'alcool. Son évolution commencée dans la cuve et continuée dans le tonneau et la bouteille est entravée par l'addition de l'alcool ou de l'eau qui en détruisent toutes les propriétés et toutes les qualités et en font des produits toxiques, comme le prouvent les statistiques des hôpitaux de Paris. D'un autre côté, il est convaincu que l'abaissement de 15 à 12 degrés limitera les falsifications qui se pratiquent à la frontière. Pour tous ces motifs, M. Brouardel votera les trois premières proprositions de la commission, mais il voudrait que la quatrième proposition fut ainsi modifiée: « l'Académie pense que les alcools entrant dans la consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs doivent être absolument purs.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 avril 1886. — Présidence de M. Cornil.

10. Cancer primitif de la vésicule biliaire. — Propagation au foie. — Généralisation au péritoine ; par Paul Blocq, interne des hôpitaux.

Observation. — La nommée M...., couturière, âgée de 53 ans, entre le 16 mars 1886 à l'hôpital Tenon et occupe le lit 11 de la salle Claude-Bernard, dans le service de M. le Dr Straus.

Son père est mort d'accident; sa mère est encore en bonne santé. Elle-même n'a jamais eu de maladies antérieures et ne s'est plainte en aucun temps de douleurs hépatiques, pas plus qu'elle n'a été jaune. Mariée à l'âge de 16 ans, elle a eu 6 enfants dont un seul a vécu. Elle n'accuse pas d'habitudes alcooliques. Sa santé, ordinairement bonne, n'aurait commencé à s'altérer que depuis 2 mois; époque à laquelle elle ressentit des douleurs de ventre qui depuis ont persisté. Interrogée avec insistance au sujet de ce début de sa maladie, elle dit que c'est seulement dès cette époque qu'elle a perdu l'appétit et les forces et commencé à maigrir. Toutefois, depuis un temps assez long, mais qu'elle ne peut déterminer, elle était constipée et éprouvait quelque dégoût des aliments, en particulier de la viande et des matières grasses. Quoi qu'il en soit, dès le mois de février, elle est tourmentée de douleurs de ventre et en même temps maigrit rapidement.

A son entrée, on constate qu'il s'agit d'une femme très amaigrie dont la peau sèche offre une teinte cachectique prononcée, mais nullement ictérique. Elle répond intelligemment aux questions qu'on lui adresse. Elle est couchée dans le décubitus dorsal, et souffre des changements d'attitude qu'on lui impose. L'appétit est nul, il y a du dégoût des aliments surtout s'ils sont gras, souvent des nausées, mais pas de vomissements. La constipation est habituelle. La langue est rouge et sèche. Le ventre est modérément et uniformément augmenté de volume. Il est douloureux spontanément, mais surtout à la pression, au point que le poids seul des couvertures est difficilement supporté. Les douleurs provoquées par la palpation sont généralisées en tous les points de la paroi abdominale, mais sont plus intenses au niveau de la partie médiane et sous-ombilicale. La pression de la région hépatique ne détermine pas de sensations particulièrement pénibles ni différentes de celles qu'on détermine dans la région hypochondriaque gauche. La palpation ne donne pas de sensation de fluctuation, mais révèle la présence de tumeurs de la cavité abdominale. L'une est perçue dans la région du flanc droit; elle est douloureuse, dure, assez volumineuse, atteignant presque la crête iliaque en bas, se confondant en haut avec le foie dont elle fait manifestement partie, car elle participe aux mouvements physiologiques, aux légers déplacements artificiellement provoqués de cet organe; latéralement, elle est distante de 5 travers de doigt de la ligne médiane. Elle est mate sur toute son étendue. Le foie lui-même est peu augmenté de volume, son bord tranchant dépasse le rebord des fausses côtes d'un travers de doigt seulement, et supérieurement la limite de sa matité est normale. L'autre tumeur correspond à la région sous-ombilicale ; elle s'étend de l'ombilic à la symphyse au niveau de laquelle sa limite est masquée par l'arcade osseuse, et déborde de chaque côté la ligne médiane de deux travers de doigt à peu près. Elle est irrégulièrement dure, et adhérente à la paroi abdominale. La rate n'est pas augmentée de volume. L'examen des autres appareils cardio-pulmonaire, génito-urinaire, nerveux, les montre normaux. Les urines, rares, ne sont pas albumineuses. Il n'y a pas de fièvre.

25. L'état de la malade n'est pas changé, mais la cachexie fait de rapides progrès. Les douleurs de ventre et les autres signes persistent.

28. Mort presque subite dans la soirée, sans nul incident nouveau.

Autopsie le 29 *mars*. — Pas d'ictère ; à l'ouverture de l'*abdomen*, on constate qu'il existe un épanchement purulent très abondant dans la cavité péritonéale. La surface de la séreuse est couverte de fausses membranes peu épaisses. Les anses intestinales sont très adhérentes en divers points, et très rouges en plusieurs autres. On aperçoit de plus, semés par places sur l'intestin, de petits nodules gris et rosés, variables comme dimensions, de la grosseur d'un grain de chenevis à celle d'un gros pois.

Le *foie* est volumineux, pèse 2 k. 750, gras, de couleur café au lait, lisse et mou. A la coupe, les limites des acinis sont peu distincts, par places il existe de petits foyers d'infiltration biliaire. Au niveau du lobe droit, sur la partie antérieure correspondant à la vésicule du fiel, existe une tumeur de la grosseur d'une orange, gris-rosé, molle, d'aspect encéphaloïde donnant à la coupe un suc laiteux abondant. Cette tumeur adhère intimement à la face supérieure de la vésicule biliaire avec laquelle elle fait corps. Çà et là, dans le parenchyme du foie sont disséminés de petits noyaux d'aspect identique à celui de la grosse tumeur et de dimensions variant de celle d'une tête d'épingle à une noisette. Toutefois, sur le bord postérieur du lobe droit, à une certaine distance de la veine-cave, on trouve un noyau cancéreux de la dimension d'une noix.

La *vésicule* du fiel est énormément distendue, de forme cylindro-conique. La grosse extrémité offre à peu près le volume d'un poing d'adulte. Elle adhère intimement à la face inférieure du foie et se confond avec la grosse tumeur qui y existe. On sent la présence d'un calcul volumineux au niveau de l'origine du canal cystique. Sa cavité est remplie d'une sorte de boue grisâtre, on y trouve en outre

© BIU Santé

deux calculs à facettes, de la dimension d'un dé à jouer. Les parois de la vésicule sont très épaisses, la muqueuse est gris blanchâtre, semée de quelques points ecchymotiques, à surface lisse sans villosités. Sur la partie qui adhère à la tumeur hépatique, il n'existe pas d'ulcération, et sur une coupe intéressant à la fois la tumeur et le fond de la vésicule, on s'assure qu'ils font étroitement corps, et que la paroi de la vésicule est transformée en masse néoplasique.

Sur une section portant sur la tumeur au voisinage du hile du foie, dans une portion de parenchyme hépatique paraissant saine, on rencontre un rameau porte thrombosé de la grosseur d'une plume de corbeau; autour de ce vaisseau existe un épaississement de tissu conjonctif. Sur le hile et dans les replis gastro-épiploïques on voit des masses ganglionnaires hypertrophiées de la grosseur d'une noisette à une noix, en pleine métamorphose cancéreuse.

L'*estomac* est modérément distendu, la muqueuse est saine dans toute son étendue. Sur l'*intestin* grêle et sur le gros intestin, ainsi que nous l'avons dit, on trouve occupant la face séreuse un certain nombre de petites tumeurs arrondies de la grosseur d'un pois à un haricot. Elles font saillie sous le péritoine et ont provoqué autour d'elles un travail de péritonite se traduisant par des brides fibreuses qui, par places, produisent de véritables rétrécissements de l'intestin. Lorsqu'on ouvre l'intestin on voit que ces tumeurs gagnent de l'intérieur vers la muqueuse qui, presque partout, est respectée et présente à ce niveau une hyperémie variable : nulle part les nodules cancéreux n'ont ulcéré la muqueuse. A la coupe, on leur reconnaît un aspect et une consistance semblables à ceux des noyaux du foie. Semés irrégulièrement, quoique avec une certaine prédilection pour le bord mésentérique, ils occupent tous des portions du tube digestif situées au-dessous du foie; le côlon transverse n'en contient aucun. La plupart sont exulcérés et les pertes de substance ainsi déterminées occupent parfois presque toute l'épaisseur de l'intestin réduite alors à la tunique muqueuse, ce qui prouve bien que l'invasion cancéreuse et l'ulcération ont progressé de dehors en dedans, c'est-à-dire du péritoine vers la muqueuse.

Le *pancréas* est normal. La *rate* pèse 300 gr. et présente 2 à 3 infarctus cancéreux, triangulaires, à base périphérique. L'*utérus*, de dimensions normales, contient deux petits néoplasmes ayant tous les caractères des myomes. L'*ovaire* gauche présente un pédicule à sa face supérieure, auquel fait suite une tumeur kystique, grosse comme un œuf de dinde à parois minces et à contenu séreux. A cette tumeur fait suite un tractus fibreux, lequel aboutit à un autre néoplasme de la grosseur du poing, adhérant fortement au péritoine pariétal sous-ombilical sur la ligne médiane, ainsi qu'à une anse intestinale. Cette tumeur, incisée, laisse couler la valeur d'un verre de liquide brun jaunâtre plein de paillettes de cholestérine. Les parois de ce kyste, divisées en loges, sont extrêmement épaisses. Les autres organes, *cerveau*, *cœur*, *poumons*, paraissent sains. Les *reins* sont mous, lisses, à substance corticale jaunâtre et ne contiennent pas de noyaux cancéreux.

Examen histologique. — Il a porté sur les masses néoplasiques du foie et de l'intestin. Sur le foie, nous avons étudié : 1° le néoplasme lui-même à peu de distance du réservoir de la bile; 2° les nodules néoplasiques disséminés dans le parenchyme hépatique ; 3° la paroi de la vésicule au point où elle se continue sans ligne de démarcation avec le néoplasme principal du foie. (Les pièces durcies par l'alcool ont été colorées au picro-carmin).

1° La tumeur principale est formée d'un stroma fibreux creusé d'alvéoles variables, quant à leur nombre et à leurs dimensions suivant les régions; ces alvéoles, de forme circulaire, elliptique ou cylindrique, selon les hasards de la coupe, sont tapissés par une couche unique et continue de cellules cylindriques, de sorte que l'aspect de la tumeur est d'une façon caractéristique celui d'un épithéliome cylindrique. En certains points, l'aspect des cellules est tout à fait typique : leur diamètre longitudinal est au moins quatre fois plus long que le transverse, leur protoplasma est peu coloré, mais leur noyau ovalaire à grand axe parallèle à celui de la cellule, fixe fortement le carmin : ce noyau occupe généralement la partie moyenne de la cellule. Certaines cellules présentent enfin à leur extrémité libre un petit plateau différencié, par plus de réfringence, du protoplasma. Mais, à d'autres endroits, les cellules ont une apparence plutôt cuboïde. Une seule rangée de cellules tapisse l'alvéole, et la coupe a toujours l'apparence d'un conduit glandulaire dont la lumière est libre : en divers points, l'aspect glandulaire subsiste et la lumière est remplie de débris cellulaires. — 2° Les images fournies par les coupes des petites tumeurs disséminées dans le foie sont encore plus caractéristiques. Celles-ci sont éparses dans le parenchyme sain du foie avec lequel elles se continuent par places sans transition, et dont, à d'autres endroits, elles sont séparées par des tractus de tissu conjonctif adulte, ou par un rempart de jeunes cellules rondes fixant fortement le carmin. Elles sont constituées essentiellement par des tubes à revêtement épithélial cylindrique, dont la lumière plus ou moins large est libre ; c'est un type d'anénome cylindrique. Un certain nombre de ces tubes sont entourés d'un manchon de fibres connectives concentriques, modelées, formant un véritable stroma alvéolaire ; sur d'autres points, le stroma, au lieu d'être fibreux est constitué exclusivement par un amas plus ou moins épais de cellules embryonnaires; enfin, dans certains points, on voit dans l'intérieur du lobule hépatique des espaces circulaires ou elliptiques tapissés d'épithélium cylindrique contigus directement aux cellules hépatiques. On pourrait les confondre avec des canalicules biliaires dilatés, n'était leur très grand nombre et leur siège intra-lobulaire. On a là sous les yeux les diverses phases de l'évolution du processus néoplasique dans l'intérieur du foie. — 3° L'examen de la vésicule du fiel a porté sur la portion de ce réservoir faisant corps avec la grande tumeur du foie et sur d'autres points plus éloignés. Dans la partie qui se confond avec la tumeur hépatique, les lésions sont identiques à celles que présente la tumeur elle-même. Sur les portions plus éloignées, on constate un épaississement considérable des parois tenant surtout à une hypertrophie de la membrane musculeuse. Dans l'épaisseur de cette couche, on rencontre des espaces circulaires, elliptiques ou allongés, également revêtus d'une seule rangée de cellules épithéliales cylindriques. Dans la plupart des points, la lumière de ces espaces est libre; dans d'autres, elle est remplie par des débris cellulaires. Les cellules cylindriques sont directement implantées sur le tissu ambiant, dont les fibres-cellules semblent seulement avoir été écartées par le néoplasme. Il n'existe pas trace de membrane propre. On voit donc que, dans toute son étendue, les parois de la vésicule du fiel sont infiltrées de noyaux épithéliaux identiques à ceux du foie.

L'examen de l'*intestin* au niveau des tumeurs, montre que la couche muqueuse n'est pas altérée; les villosités et les glandes en tube offrent leur apparence normale. Les lésions portent sur les autres tuniques de ce tractus. Le tissu conjonctif sous-endothélial est très épaissi et présente des infiltrations nucléaires. Dans les tuniques musculeuse et celluleuse, on voit d'assez nombreuses coupes de tubes à cellules cylindriques reproduisant tout à fait l'image des formations que nous avons décrites dans les nodules hépatiques et dans le fond de la vésicule biliaire.

Réflexions. — Le fait que nous venons de relater est un exemple de cancer de la vésicule biliaire propagé au foie, puis généralisé aux ganglions, à l'intestin et à la rate. Comme il est de règle, il s'agit ici d'un épithéliome cylindrique, et il serait difficile d'en trouver un exemple plus net.

Il existe dans les bulletins de la Société anatomique, plusieurs faits du genre de celui que nous rapportons, néanmoins leur rareté est assez grande pour rendre actuellement encore leur histoire clinique difficile à tracer.

Notre malade portait deux énormes calculs ; cette particularité a été remarquée depuis longtemps et invoquée

© BIU Santé

comme influence étiologique; il est notable qu'à aucun moment de la vie ces corps étrangers ne se manifestèrent par le moindre symptôme. Au reste, si l'on en excepte la présence, décelée par la palpation, d'une tumeur de la région, il n'exista chez notre malade aucun signe physique ou fonctionnel d'une affection hépatique ; ni ictère, alors que ce phénomène est observé par tous les auteurs, ni ascite, ni douleurs de l'hypochondre. On peut relever aussi plusieurs points dans cette observation : la marche très rapide, l'insidiosité de la péritonite évoluant sans fièvre ni vomissements, la mort brusque presque subite : toutes particularités relatées déjà dans un cas de Leroux. De plus, la dilatation énorme de la vésicule biliaire, trouvée ordinairement petite et ratatinée en semblable occurence, la carcinose péritonéale aiguë, la multiplicité, la variété d'aspect, la tendance érosive des divers foyers de la séreuse, sont des faits anatomo-pathologiques intéressants. Ajoutons que la détermination histologique du caractère — épithéliome cylindrique — de la tumeur, est une preuve de plus qu'il s'agit bien d'un cancer primitif de la vésicule biliaire.

11. Kyste hydatique du foie remplissant tout l'abdomen et simulant une ascite ; par F. Bunon, interne des hôpitaux.

Le nommé X... est entré le 23 mars dernier dans le service de M. le professeur Proust. Malade d'aspect cachectique, très amaigri. Le ventre est très distendu, un peu aplati dans la région moyenne, élargi sur les côtés. La cicatrice ombilicale est effacée. Circulation collatérale très développée; pas d'œdème des parois abdominales. A la palpation, résistance générale sans point d'induration. Matité dans toute l'étendue, sauf tout à fait sur les côtés à la partie postérieure. Sensation de flot très nette dans tous les sens. Lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté les signes obtenus par la percussion ne se modifient pas d'une façon notable. Le ventre est assez distendu pour qu'on ne puisse guère apprécier le volume du foie ; on constate pourtant que cet organe atteint en haut sa limite ordinaire. Le volume de la rate ne peut être évalué. Pas d'œdème des jambes. Rien au cœur. Respiration normale aux deux sommets; pas de frottement aux bases; il n'y a pas de congestion pulmonaire ; le malade du reste respire bien. Urines normales comme quantité et comme coloration ; pas d'albumine.

Tel est l'état de notre malade à son entrée ; si maintenant nous recherchons dans ses antécédents, voici ce que nous apprenons : Alcoolisme net, durant depuis longtemps, pituites le matin, agitation nocturne, tremblement. Pas de maladies antérieures. Le début des accidents actuels remonte à deux ans environ ; les renseignements donnés par le malade à ce sujet sont d'ailleurs peu précis, car il ne s'est guère inquiété de l'augmentation graduelle de son ventre, et cela parce que, jusque dans ces derniers temps, sa santé restait bonne ; à peine avait-il un peu perdu l'appétit. Jamais il n'a souffert du ventre ; il avait seulement un peu de constipation. Jamais d'hémorrhagies. A aucune période de la maladie il n'a eu d'œdème des jambes. En raison de l'alcoolisme, de la durée des accidents et des signes actuels présentés par le malade, on porte le diagnostic de cirrhose atrophique, avec quelques réserves toutefois, à cause de la diminution peu marquée du foie, au moins autant qu'on peut en juger.

Dès le lendemain de son entrée, le malade est pris de vomissements verdâtres répétés ; il ne va pas à la selle; l'état général cependant ne s'aggrave pas, la respiration reste facile. — Traitement : régime lacté, eau-de-vie allemande, glace et potion de Rivière.

Les deux jours suivants, les vomissements persistent avec les mêmes caractères; constipation absolue ne cédant pas aux lavements qui pourtant peuvent être seuls employés, puisque le malade vomit tout ce qu'il prend. Aggravation de l'état général. Facies abdominal. Pas de douleurs de ventre. Le 27 mars au matin, le malade rend environ un crachoir d'un liquide fécaloïde sans odeur bien nette. Ce vomissement est suivi d'autres qui n'ont pas le même caractère et rappellent ceux des jours précédents. La constipation persiste. Pendant la nuit, le malade ne vomit pas, mais le 28 au matin, son état est mauvais, il respire mal, et on se décide à faire la ponction : pratiquée au lieu d'élection, elle donne issue à 8 litres d'un liquide jaune, épais, parsemé de gouttelettes graisseuses, sans odeur spéciale. L'examen de ce liquide n'a malheureusement pas été fait. A la suite de l'opération, le malade se sent mieux ; il respire bien. Le soir, on peut facilement examiner le ventre, quoiqu'il reste du liquide. On constate alors que le foie paraît plutôt augmenté de volume, ce qui, joint à la nature du liquide, fit révoquer en doute le diagnostic de cirrhose. L'amélioration, du reste, ne persiste guère; le malade est repris de vomissements fécaloïdes, la constipation est toujours absolue. Collapsus et mort le sixième jour après l'entrée.

Voici les résultats de l'autopsie pratiquée le lendemain : A l'ouverture de l'abdomen, pas d'écoulement ascitique ; toute la cavité abdominale est remplie par une poche simulant, à s'y méprendre, une énorme dilatation de l'estomac. Libre de toute adhérence par sa face antérieure, cette poche adhère en haut au foie en deux points à chaque extrémité du diamètre transversal de cet organe. A sa partie inférieure, elle est rattachée au cœcum par une bride épaisse arrondie qui étrangle l'intestin à ce niveau. Dans le sens vertical, la poche va du diaphragme à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; transversalement, elle occupe toute l'étendue de l'abdomen. En arrière d'elle, sont refoulés les intestins gros et grêle. L'estomac est rejeté en haut et dévié de sa direction normale. Le grand épiploon également refoulé derrière la poche, lui adhère en quelques points. Parfaitement close, la poche n'est pas très tendue; elle renferme pourtant du liquide comme le montre une déchirure faite à la paroi postérieure. En même temps que ce liquide absolument semblable à celui de la ponction, on voit sortir des vésicules hydatiques et une membrane épaisse, enroulée sur elle-même, la membrane interne du kyste principal. La nature de ce liquide prouve que la ponction a été faite dans l'intérieur même de la poche.

On a donc affaire à un kyste hydatique; quelle en est l'origine? La tumeur adhère au foie en deux points; du côté droit, c'est évidemment une adhérence contractée secondairement. A gauche, au contraire, on trouve un large tractus fibreux se continuant avec le lobe gauche du foie qui est atrophié. Si on explore à ce niveau par la cavité de la poche on voit que celle-ci se continue avec une autre cavité anfractueuse close, siégeant sur le lobe gauche du foie. Il y a donc eu là primitivement un kyste du foie qui peu à peu s'est pédiculisé, et s'est développé au point de remplir presque tout l'abdomen. Le lobe droit du foie renferme un autre kyste distinct, du volume du poing. L'estomac est rempli ainsi que les intestins d'un liquide fécaloïde. Rétrécissement marqué du cœcum au point d'insertion de la bride fibreuse. Cette altération rend compte des phénomènes d'étranglement incomplet survenus les derniers jours. — Les reins et la rate ne présentent rien de particulier. — Cœur sain. — Poumons congestionnés aux bases. — Cerveau sain.

Réflexions. Ce fait nous a paru intéressant à signaler pour les raisons suivantes : 1° L'existence d'une poche hydatique dépendant du foie, et assez volumineuse pour simuler une ascite ; 2° l'indépendance relative de cette tumeur, qui, si le malade avait été vu plus tôt, aurait permis l'intervention chirurgicale. L'existence d'un autre kyste du foie, le mauvais état général amoindrissaient du reste cette chance de guérison.

Elections. — M. J. Darier est nommé secrétaire de la Société anatomique, en remplacement de M. Charrin, démissionnaire.

MM. Marfan, Hartmann, Deschamps sont nommés membres adjoints.

M. le Dr Leloir, professeur à la Faculté de Lille, est nommé membre honoraire.

© BIU Santé

M. le Dr Leroy, agrégé de la Faculté de Lille, est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 juillet 1886. — Présidence de M. Guyot.

A propos du procès-verbal, M. Troisier rapporte brièvement deux observations qui lui ont été communiquées par MM. les Drs Descout et Demontporcelet. Dans la première, il s'agit d'un alcoolique âgé de 40 ans et qui a présenté les symptômes de cirrhose atrophique à deux reprises différentes, depuis 7 ans. Chaque fois, l'ascite a disparu sous l'influence du régime lacté et de purgations répétées. Il semble aujourd'hui guéri. Le second malade, alcoolique également, présenta il y a quatre à cinq ans tous les symptômes d'une cirrhose atrophique: foie petit, ascite considérable, grand développement des veines sous-cutanées abdominales. Soumis également au régime lacté et à des purgations répétées, il guérit sans rechute. Mais actuellement il présente de la tuberculose pulmonaire. Etait-ce donc une poussée de péritonite tuberculeuse qu'il a eue jadis? C'est qu'en effet dans les cas précités il est peut-être téméraire d'admettre toujours une cirrhose atrophique; il est possible qu'il s'agisse parfois d'une ascite par irritation péritonéale (Leudet) ou d'un processus scléreux des origines péritonéales de la veine porte (Dieulafoy). Cependant il semble aussi que parfois la cirrhose alcoolique s'arrête dans son évolution et quelquefois rétrocède, amenant ainsi la guérison du malade.

M. Dieulafoy soutient sa théorie des lésions capillaires abdominales de l'origine de la veine porte comme cause d'ascite; il vient d'en observer deux cas qu'il compte communiquer prochainement à la Société.

M. Letulle rapporte trois faits dans lesquels l'ascite a eu une pathogénie anormale. L'examen chimique du liquide ascitique dans un de ces cas a permis de reconnaître un chiffre de matériaux solides beaucoup plus considérable que celui contenu ordinairement dans le liquide des épanchements mécaniques (maladies du cœur par exemple). On pouvait donc dans ce cas considérer ce liquide comme tenant à une inflammation péritonéale beaucoup plutôt qu'à une ascite simple.

M. Sevestre rapporte l'observation de deux enfants de 16 mois qui, tous deux, eurent un pneumothorax à la suite l'un d'une déchirure du poumon dans le cours d'une pleurésie, et l'autre par rupture d'une petite caverne tuberculeuse. La symptomatologie est la même que chez l'adulte.

M. Gérin-Roze montre un malade guéri d'un volumineux kyste hydatique du foie par une large incision de la poche au moyen du thermo-cautère; mais au niveau de la cicatrice il s'est produit une large éventration et il existe une volumineuse hernie.

M. Gérin-Roze montre aussi un malade qui, consécutivement à un mal de Pott ayant produit une paraplégie, a eu un double pied bôt varus équin d'origine musculaire dont il a été guéri par les courants continus. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juillet 1886.—Présidence de M. Lannelongue

M. Larger applaudit aux conclusions de M. Lucas-Championnière et approuve sa façon de traiter *les fractures périaticulaires*. Cependant il pense que le massage présente parfois des difficultés et le remplace par l'application de la bande d'Esmarch sur le membre atteint, application qu'il fait d'une façon un peu spéciale.

M. Terrier a expérimenté le procédé vanté par M. Lucas-Championnière pour le traitement de certaines fractures juxta-articulaires, en particulier celles du péroné; il a observé que les douleurs étaient amoindries et la longueur du traitement diminuée.

M. Lucas-Championnière revient sur la communication faite à la dernière séance; il insiste particulièrement sur les dangers et l'inutilité de l'immobilisation, surtout chez les personnes âgées.

M. Berger a utilisé le massage contre certaines raideurs articulaires survenues à la suite de l'immobilisation prolongée et a obtenu d'excellents résultats.

M. Terrillon, depuis une visite faite chez Metzger, n'immobilise plus le pied dans les fractures du péroné; il a remarqué que la durée du traitement était diminuée.

M. Richelot fait un rapport sur un cas de bec-de-lièvre opéré par M. Valcourt (de Cannes).

M. Berger fait un rapport sur deux observations de tumeurs du maxillaire supérieur, traitées et opérées par M. Jeannel. M. Berger montre que la première de ces observations (c'est un chondrome vrai du maxillaire supérieur) prouve la nécessité d'intervenir très largement même dans les cas de tumeurs cartilagineuses d'apparence bénigne. La seconde observation a trait à un kyste dermoïde du maxillaire supérieur. M. le rapporteur discute le diagnostic et incline vers l'hypothèse *épithélioma*.

M. Terrier se demande si, dans ce deuxième cas, l'actinomycose ne pourrait pas être mise en question.

M. Tillaux rejette le diagnostic de kyste dermoïde.

M. Kirmisson a eu l'occasion de voir un malade atteint d'actinomycose; il croit se rappeler que M. Laulanié a constaté le champignon caractéristique.

M. Berger déclare que dans l'actinomycose il n'y a pas de cavités kystiques; il rappelle que la présence du *stratum granulosum* est tenue pour caractéristique des kystes dermoïdes.

M. Farabeuf fait, au nom de MM. Nélaton et Peyrot, une communication sur la réduction des luxations anciennes du coude.

M. Bouilly fait une très intéressante communication sur une opération de pneumotomie qu'il a eu récemment l'occasion de pratiquer. L'opéré, atteint d'une caverne d'origine hydatique, est en bonne voie de guérison. P. Poirier.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

VIII. Tumeurs du mésentère; par le Dr Augagneur. — Adrien Delahaye et Lecrosnier; Paris, 1886.

VIII. Jusqu'à la monographie de M. Augagneur, aucun travail d'ensemble n'avait été fait sur les tumeurs du mésentère, malgré l'abondance des documents épars çà et là dans les recueils périodiques. A part quelques essais isolés, tous les médecins s'étaient bornés à l'étude du carreau; Portal seul tenta de classer les différentes espèces de tumeurs qu'on trouve dans le mésentère. Pendant tout ce temps, dit M. Augagneur, c'est la *période médicale* des tumeurs mésentériques. Mais du jour où il fut démontré que l'ouverture de la cavité péritonéale pouvait se faire presque impunément, du jour où l'on pratiqua un grand nombre de laparatomies, l'attention fut attirée forcément par suite d'erreurs de diagnostic sur les affections du mésentère; telle est la *période chirurgicale*.

Le premier soin de l'auteur a été de rassembler tous les faits publiés (il s'appuie sur 80 faits environ), puis de décrire avec soin les espèces néoplasiques observées; mais avant d'étudier chaque variété de tumeur en particulier, il a eu la bonne idée de démontrer comment l'anatomie et l'embryologie normale de l'organe considéré pouvaient faire prévoir la nature de ces tumeurs. Ce chapitre est certainement un des plus intéressants de l'ouvrage; il est à lire en entier. Les espèces histologiques rencontrées dans le mésentère sont les suivantes : lymphangiomes, kystes, lipomes, fibromes, sarcomes, tuberculose, syphilis, lymphadénome, embryômes (M. Augagneur désigne sous ce nom les kystes dermoïdes et les embryômes vrais dont il cite une remarquable observation due à Dickinson). La symptomatologie, on le comprend, est difficile à tracer, chaque tumeur ayant une marche un peu spéciale et pouvant se manifester par les signes les plus disparates et les moins caractéristiques. Il suffit de songer à tout cela pour se rendre compte de la difficulté du diagnostic, des erreurs si fréquemment commises, d'autant plus qu'on considère ces tumeurs comme rares et que cette localisation ne vient pas souvent à l'esprit. Voici les trois symptomes principaux qu'il faut trouver réunis pour admettre la possibilité d'un néoplasme mésentérique : situation sur la ligne médiane, grande mobilité, zone de sonorité à la pression en avant et au-dessous de la tumeur. Quant au traitement, il fau-

© BIU Santé

dra se garder d'intervenir dans les tumeurs malignes; pour les autres, l'extirpation radicale sera indiquée; quand il s'agira d'un kyste, on essayera d'abord la ponction. MARC. B.

IX. Des septicémies gangréneuses; par le Dr FORGUES. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, Paris, 1886.

IX. Que doit-on entendre par septicémies gangréneuses? Pour M. Forgues, on doit distinguer en clinique : 1° un type classique de Septicémie gangréneuse ayant reçu une foule de dénominations (emphysème traumatique ou gangréneux, érysipèle bronzé, œdème aigu purulent, etc.), maladie spécifique, infecto-contagieuse, microbienne et due probablement au vibrion septique. 2° Puis, à côté de ce type, un certain nombre de gangrènes septiques (celles qu'on observe dans le phlegmon, l'érysipèle, par exemple) et de gangrènes infectieuses comme on en observe en pathologie comparée et expérimentale. L'auteur laisse complètement de côté ces diverses formes de gangrènes et se borne à faire quelques rapprochements entre elles et la septicémie gangréneuse proprement dite.

Les premiers observateurs s'attachèrent à la description des symptômes locaux de cette affection; d'autres se préoccupèrent plus tard de l'intoxication générale; mais ce n'est que de nos jours qu'on a compris la nature de cette infection septique, qu'on a examiné attentivement, cultivé, inoculé le vibrion, cause de tout le mal: on ne doit pas non plus oublier, dans l'énumération des travaux se rapportant à ce sujet, de citer les recherches de Koch, Gaffky et Pétri sur les septicémies expérimentales, mettant bien en lumière le rôle des microbes pathogènes. Il est difficile de résumer la description clinique de l'affection; elle est bien faite d'ailleurs dans cette thèse. Aussi, laissant de côté ce chapitre qui n'a rien d'original et qui cependant est un des plus importants, nous préférons signaler la façon dont M. Forgues a traité l'anatomie pathologique et la pathogénie de la septicémie gangréneuse. Il cite les expériences les plus récentes et donne une exacte synthèse des résultats acquis. Nous ne le suivrons pas dans la discussion des doctrines pathogéniques, dans l'exposé des causes de cette affection; il est facile de constater, à la lecture de ces passages, que l'auteur émet des conclusions prudentes et qu'il ne croit pas le moment venu pour affirmer dans un sens plutôt que dans un autre. Le diagnostic de la septicémie gangréneuse, est assez facile dans la forme classique; mais il est des cas qui présentent les plus grandes difficultés en raison de la complexité des phénomènes et de la multiplicité possible des intoxications : M. Forgues pense cependant que le diagnostic s'est simplifié depuis que l'antisepsie a dégagé cette affection des coexistences morbides si fréquentes autrefois. MARC. B.

CORRESPONDANCE

Anniversaire de Dubois-Reymond.

Berlin, le 25 juillet 1886.

Monsieur le Rédacteur,

La Faculté de médecine de Berlin a fêté dernièrement un anniversaire, celui de Dubois-Reymond. Il y a quarante ans déjà que le professeur Dubois-Reymond a commencé ses cours à cette Université. Il est Berlinois de naissance et a fait toutes ses études à Berlin. L'*examen d'État* passé, il devint assistant de l'Institut anatomique, passa son examen de privat docent en 1846, et devint en 1851 membre de l'Académie des sciences, en 1855 professeur extraordinaire, en 1858 professeur ordinaire à l'Université. Dubois-Reymond est un élève de cette brillante école de Jean Müller, qui a donné tant de célébrités à la médecine moderne. Citons parmi eux : Reichert, Traube, Brücke, Virchow, Helmholtz, Schwann, Henle, Haeckel, Max Schultze.

Il est vrai que Jean Müller était vitaliste et admettait, pour expliquer les phénomènes biologiques, une force vitale métaphysique, indépendante, tandis que Dubois défendit toujours avec énergie la théorie mécanique, qui s'efforce à faire dépendre les phénomènes vitaux des lois physico-chimiques. Les études plus spéciales de Dubois-Reymond, sur les phénomènes observés dans les nerfs et les muscles, contribuaient à étayer cette dernière théorie. Il est arrivé à de beaux résultats et nous a initiés aux processus intimes, si délicats, qui constituent la vie dans les muscles et les nerfs; avant lui, ce domaine n'avait pour ainsi dire pas été exploré.

La physiologie neuro-musculaire a été le véritable champ d'activité de ce savant. En 1842, il écrivait déjà un article sur les contractions musculaires de la patte de grenouille et les poissons électriques.

En 1843, parut sa thèse de doctorat : « *Quæ apud veteres de piscibus electricis exstant argumenta.* » En 1848 il écrivit le premier volume de ses recherches sur l'électricité animale. En 1875 et 1877 parurent ses : « *Gesammelte Abhandlungen zur allgemeinen Muskel- und Nervenphysik.* » Ses discours, qu'il a réunis dernièrement en volume, ont été prononcés à diverses fêtes académiques et universitaires; ils nous montrent sous toutes ses faces cet esprit brillant et l'étendue de ses connaissances dans tous les domaines de l'érudition humaine.

Son talent oratoire considérable a exercé toujours une grande influence sur la jeunesse studieuse. Ses dissertations, plutôt générales, concernant l'anthropologie et les découvertes nouvelles dans les sciences naturelles, avaient lieu devant un très grand concours d'auditeurs. La salle de conférence la plus spacieuse est encore insuffisante pour réunir tous les élèves. Jeunes et vieux, philosophes, médecins, juristes viennent admirer les spirituelles conférences de ce savant physiologiste.

Son plus grand titre de gloire est d'avoir développé l'enseignement physiologique, autrefois si insuffisant à la Faculté de Berlin, et d'en avoir fait une des branches d'études les plus importantes. On peut le considérer à bon droit comme le réformateur des sciences physiologiques à Berlin. Il a su dégager la physiologie de la tutelle de l'anatomie, et lui a fait donner l'importance qu'elle méritait. — En 1877, il donna des plans pour l'érection d'un Institut physiologique; ses plans furent adoptés de point en point. Rien ne manque à cette installation grandiose. C'est là où travaille Dubois-Reymond et où il prépare les innombrables expériences dont il accompagne ses cours; car, à ses qualités d'orateur et de professeur, il joint une habileté expérimentale très appréciée (1). L. C.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber Insufficienz der Convergenz bei Morbus Basedowi (*Sur l'insuffisance du mouvement de convergence dans la maladie de Basedow*); par P. J. MÖBIUS (*Centralbl. für Nervenheilk*, 1886, P. 356).

Il y a quelques années déjà, en 1883, dans les Schmidt's Jahrbücher, Möbius a signalé la difficulté du mouvement de convergence dans le goitre exophthalmique, en même temps qu'il faisait remarquer (avec grande raison, suivant nous, P. M.) l'extrême inconstance du signe de de Græfe. Depuis lors, Strümpell a pu vérifier le fait indiqué par Möbius, et ce dernier l'a retrouvé 6 fois sur 8 malades atteints de maladie de Basedow.

En faisant fixer par le malade un doigt que l'on approche de plus en plus, on voit, à un certain moment, les axes oculaires cesser de converger et devenir parallèles, plus rarement se croiser en arrière du doigt, sans que d'ailleurs ces individus accusent de la diplopie. Ce phénomène se montre non seulement chez les gens atteints de maladie de Basedow et ayant de l'exophthalmie, mais aussi chez certaines personnes saines dont les yeux sont naturellement à fleur de tête; d'autre part, il peut ne pas exister dans des cas de maladie de Basedow avec exophthalmie, aussi Möbius pense-t-il qu'il y a là un effet d'influences multiples, l'exophthalmie d'une part, la faiblesse nerveuse d'autre part. A ce propos, cet auteur rappelle que la difficulté de la convergence a été signalée par Parinaud chez les neurasthéniques, vraisemblablement à cause d'une disposition nerveuse analogue. P. MARIE.

Névrite multiple aiguë des nerfs spinaux et crâniens; par SIGM. FREND. — (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 6, 1886.)

Garçon boulanger de 18 ans, ayant éprouvé dans les derniers

(1) En insérant cette lettre de notre correspondant qui apprécie les travaux scientifiques et l'enseignement de M. Dubois-Reymond, nous faisons acte de partialité envers le savant, tout en n'oubliant pas le triste rôle qu'il a eu au début de la guerre néfaste de 1870. (Voir le *Progrès médical* du 13 août 1881.) B.

© BIU Santé

jours de septembre 1884 des douleurs lancinantes, une sensation de froid dans les jambes, de pression et de constriction à la poitrine, grand abattement, pieds un peu gonflés. Rien dans les urines. Viscères sains, à part le cœur qui est un peu hypertrophié, dont les bruits sont sourds, avec un souffle systolique à la pointe; pouls arythmique, mais non accéléré.—Le 18 octobre, douleurs violentes dans la nuque et l'occiput, fourmillement dans les doigts de la main gauche et grande sensation de faiblesse; la pression sur les parties latérales du cou et sur les apophyses épineuses des dernières cervicales est très douloureuse. — Le 29 octobre, le malade est dans un état d'excitation très accentuée, couvert de sueur, hyperalgésie de la peau, des muscles, des troncs nerveux, ainsi que d'un certain nombre d'apophyses épineuses. Aux membres inférieurs, toute la musculature est dans un état de tension marqué, la percussion du tendon rotulien amène à droite une série de secousses pendant environ un quart de minute; pas de troubles de la miction ni de la défécation. — Un mois plus tard, on constate que la nutrition des muscles a notablement souffert, la pression des mains est affaiblie, la marche difficile, sans que cependant il existe un trouble marqué de la coordination ou de tel ou tel mouvement. — A l'examen fait le 11 décembre, diplopie en haut et latéralement, difficulté pour parler ou pour avaler, troubles de la mobilité dans l'angle droit de la bouche et dans la moitié gauche du voile du palais, tremblement fibrillaire de la langue; hyperalgésie sur une assez grande étendue de la peau, sensibiiité exagérée à la pression de tous les troncs nerveux des membres supérieurs et inférieurs; la percussion du tendon rotulien amène toujours des secousses multiples; tous les mouvements sont très faibles, sans qu'il existe cependant de paralysie complète; amaigrissement général de la musculature avec atrophie marquée du bras droit; phénomène de la sensation excentrique très net, grâce auquel le malade indique très nettement toutes les branches périphériques d'un nerf, sur le tronc duquel on exerce une pression. — Mort dans le coma (pneumonie, endocardite) le 17 décembre.

Autopsie. — Les nerfs de la base du crâne sont légèrement injectés dans leurs gaines. Le trijumeau gauche et le pneumogastrique, surtout le premier, sont d'un gris rougeâtre et, sur une section transversale, comme dissociés; le ganglion de Gasser gauche très congestionné, d'une coloration plus foncée et grisâtre. Tous les nerfs spinaux sont injectés dans leurs gaines, notamment ceux du plexus cervical inférieur gauche sont d'un gris rougeâtre; la moelle et ses enveloppes sont normales, la substance grise est en général légèrement rougeâtre; cette coloration est beaucoup plus marquée dans la tête des cornes postérieures. — L'examen microscopique n'a pas encore été fait.

L'auteur insiste sur la faiblesse musculaire générale, sur la parésie de l'oculo-moteur commun, du facial. du pneumo-gastrique (enrouement, dysphagie, accélération du pouls) sur la diminution de volume des muscles (surtout ceux du bras) et surtout sur les phénomènes si marqués de la sensibilité exagérée des troncs nerveux avec sensations excentriques, sans diminution de la sensibilité cutanée. Se basant sur tous ces symptômes et sur le résultat de l'autopsie, M. Frend pense que ce cas doit être rangé parmi ceux de polynévrite aiguë, bien que différant notablement de la forme décrite par Leyden.

P. MARIE.

De la toxicologie en Allemagne et en Russie; Rapport de mission par Ph. LAFON, préparateur du Laboratoire de toxicologie; in-8 de 68 p. — Paris, Imprimerie Nationale, 1885.

M. Brouardel n'est pas de ceux qui croient devoir se reposer. Après avoir créé un enseignement unique au monde; fondé comme annexe indispensable un laboratoire de toxicologie qui, sous la savante direction de M. J. Ogier, rend tous les jours des services inappréciables, l'illustre professeur cherche encore à parachever son œuvre. Nous avons fait dans ce même journal l'exposé de ses plans pour la reconstruction d'une nouvelle Morgue, prouvant par les chiffres, non seulement que l'ancienne était totalement insuffisante pour recevoir les nombreux cadavres de Paris, mais encore que, vu l'exiguïté de l'amphithéâtre, on y refusait 2 à 300 élèves par an. Aujourd'hui, nous allons montrer que le laboratoire ne préoccupe pas moins M. Brouardel que l'enseignement proprement dit.

C'est sur la proposition du professeur que M. Ph. Lafon, l'un des préparateurs les plus distingués du laboratoire de toxicologie, se rendait à la fin de 1884 en Allemagne et en Russie, où il séjournait près d'une année, pour étudier, non seulement la façon dont la toxicologie était enseignée dans ces deux pays similaires au point de vue des études scientifiques, mais encore, pour rapporter en France les nouvelles méthodes de recherches usitées en ce qui regarde particulièrement les alcaloïdes végétaux et applicables en médecine légale. M. Lafon visita successivement Strasbourg, Fribourg, Marbourg, Göttingue, le Polytechnicum de Brunswick, Berlin, Saint-Pétersbourg et Dorpat. C'est dans cette dernière université russe, bien que de langue allemande, qu'il étudia tout particulièrement sous les ordres de M. le professeur Draggendorff qui s'est fait une juste réputation en ces sortes de matières.

Pour ce qui a trait à l'enseignement de la chimie légale, l'Allemagne et la Russie ne possèdent aucune institution comparable à notre laboratoire de toxicologie où des conférences gratuites ainsi que des places nombreuses sont accessibles à tous les travailleurs. Les expertises chimiques sont faites dans des laboratoires de divers ordres n'offrant entre eux aucune cohésion scientifique. Toutefois, concurremment à ce désarroi il existe certaines institutions qui nous semblent excellentes. Dans chaque province il est institué un conseil médical composé d'un chimiste et de plusieurs médecins, qui est appelé à donner son avis sur les rapports médico-légaux ou chimico-légaux remis à la justice, dans le cas où ce rapport est *contesté soit par le ministère public, soit par l'inculpé*. Un tribunal supérieur siégeant à Berlin et d'une composition analogue juge en dernier ressort. On évite de cette façon ces débats contradictoires entre médecins et chimistes appartenant à l'instruction et à la défense, et dans lesquels la considération professionnelle des experts n'a rien à gagner. La question scientifique est jugée, et avec tout avantage, avant les débats judiciaires.

Mais, quoique fort bien traitée, la partie du rapport de M. Lafon, consacrée à l'enseignement, n'est nullement comparable aux développements qu'il a accordés aux recherches chimiques particulières que nous avons déjà indiquées. C'est la partie importante du travail : l'auteur y a passé en revue l'étude de tous les alcaloïdes et glucosides, ou peu s'en faut, qu'on peut avoir à rechercher en médecine légale; c'est certainement ce que nous avons de plus complet et de plus récent en France sur la matière.

M. Lafon s'est inspiré de la méthode de M. Draggendorff qui bien que beaucoup plus compliquée que celle de Stas, journellement employée chez nous, conduit à des résultats de beaucoup préférables lorsque l'expert n'a aucune instruction sur la nature de l'alcaloïde à rechercher, ou s'il s'agit de séparer plusieurs alcaloïdes renfermés dans un même mélange. On trouvera dans ce rapport un exposé complet de cette méthode, ainsi que des résultats nouveaux auxquels M. Draggendorf est arrivé depuis la traduction de son *Manuel de Toxicologie* (1873). Ces études ont du reste amplement profité à M. Lafon et l'ont amené à plusieurs découvertes fort importantes en ce qui regarde la recherche de la digitaline, de la codéine, de la morphine et de la colchicéine. Il a pensé en outre qu'il ne pouvait trouver une meilleure occasion pour se faire une idée exacte des diverses opinions émises dans ces dernières années sur la question si importante des ptomaïnes. La conclusion à tirer est que la confusion avec les alcaloïdes végétaux n'est pas possible, parce qu'on n'a jamais pu reproduire sur les alcaloïdes de putréfaction les réactions caractéristiques des premiers.

Nous en avons assez dit pour faire comprendre que M. le ministre de l'instruction publique avait été heureusement inspiré en accordant une mission aussi difficile à M. Lafon, et plus heureusement encore en lui accordant les honneurs de la publicité. GILLES DE LA TOURETTE.

© BIU Santé

VARIA

Concours d'agrégation en chimie, physique et pharmacologie.

Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Physique. *Faculté de Lyon :* M. Malosse. — *Faculté de Montpellier :* M. Didelot.

Chimie. *Faculté de Paris :* M. Villejean. — *Faculté de Lille :* MM. Lambling et Morelle. — *Faculté de Lyon :* M. Hugonneng. — *Faculté de Nancy :* M. Guérin.

Pharmacie. *Faculté de Lille :* M. Thibaut. — *Faculté de Lyon :* M. Florence.

Texte arrêté par la Commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

(*Suite et fin*) (1).

Art. 7. — Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien avec son étiquette, et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine. Le médicament ainsi vendu devra porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments préparés pour un cas particulier sur la prescription d'un médecin, pourvu que cette prescription soit rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies. Elle ne s'applique pas non plus à ceux qui sont inscrits dans le *Codex*, à la condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du *Codex*.

Art. 8. — Sont exceptés des dispositions de l'article précédent les substances simples toxiques et les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses qui sont nominativement désignées dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 17 de la présente loi, soit dans des décrets ultérieurs.

Ces substances, quelle qu'en soit la dose, ne pourront être délivrées par des pharmaciens que sur la prescription qui en sera faite par les médecins, ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance. Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, ils devront immédiatement en délivrer une copie certifiée conforme.

Art. 9. — Peuvent être librement vendus et distribués tous les médicaments d'un usage courant et d'une administration sans danger dont la nomenclature sera insérée au *Codex*. Tous autres médicaments ne pourront être vendus et distribués au détail que par les pharmaciens ou les personnes dûment autorisées par la loi.

Art. 10. — La fabrication et le commerce en gros des drogues simples et des produits chimiques destinés à l'usage de la médecine sont libres. Mais il est interdit à toutes les personnes faisant ce commerce ou se livrant à cette fabrication, de débiter et de livrer aux consommateurs, à doses médicinales, aucunes drogues ou préparations pharmaceutiques autres que celles dont il est parlé à l'article 10.

Art. 11. — A l'avenir il ne sera plus délivré de certificats d'herboriste. Celles des plantes médicinales fraîches ou sèches dont la vente libre sera reconnue sans danger, seront comprises dans la nomenclature qui doit être dressée en conformité de l'art. 9 de la présente loi.

Art. 12. — Les établissements publics, les hôpitaux ou hospices, les communautés laïques ou religieuses, les sociétés de secours mutuels, les sociétés commerciales, industrielles, coopératives et généralement toutes associations possédant un personnel nombreux, pourront avoir une pharmacie, sous la condition expresse de la faire gérer par un pharmacien diplômé qui en aura la direction effective et exclusive ou par le médecin de l'établissement quand il s'agit d'un hôpital ou d'un hospice. Ne pourront, lesdits établissements, hôpitaux, communautés, associations et sociétés, vendre et distribuer au dehors aucun médicament d'aucune sorte ; leurs officines ne seront pas ouvertes au public.

Art. 13. — Après le décès d'un pharmacien, sa veuve ou ses héritiers pourront, pendant un temps qui ne devra pas excéder une année à partir du jour du décès, maintenir son officine ouverte, en la faisant gérer soit par un pharmacien, soit par un élève ayant terminé son stage légal ou agréé par une école de pharmacie.

Art. 14. — Il sera publié tous les dix ans une édition d'un formulaire officiel du *Codex*, rédigé en langue française et en langue latine.

Le *Codex* renfermera : 1° Les formules et le mode de préparation des médicaments composés les plus employés dans la médecine humaine et vétérinaire, dont la vente bénéficiera de l'exception prévue au paragraphe 4 de l'article 9 ; 2° La liste des substances toxiques désignées dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront dans le règlement prévu par l'article 17 de la présente loi et dans les décrets qui pourraient intervenir par la suite ; 3° La liste des plantes et préparations désignées à l'article 17 dont la vente sera libre.

Une commission permanente instituée près des ministres de l'Instruction publique et du Commerce, sera chargée de la rédaction du *Codex*, et, s'il y a lieu, de la publication de fascicules annuels. Elle établira aussi les deux listes ci-dessus mentionnées qui doivent être annexées au *Codex*.

Cette Commission sera composée, en nombre égal, de professeurs des facultés de médecine, de professeurs des écoles supérieures de pharmacie, et pharmaciens tenant une officine. Deux vétérinaires en feront également partie.

Tout pharmaciens devra être pourvu de la plus récente édition du *Codex* et de ses suppléments. Une nouvelle édition du *Codex* sera publiée dans une période d'un an à partir de la promulgation de la présente loi.

Art. 15. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende de 16 francs à 3,000 francs, et ce, sans préjudice des pénalités de droit commun en cas de crime ou de délit. L'article 463 du Code pénal sera applicable dans tous les cas.

Art. 16. — Sont et demeurent abrogés : 1° L'arrêt du parlement de Paris du 23 juillet 1748 et tous les arrêts, édits, déclarations et règlements qui y sont rappelés ; 2° La déclaration du roi du 27 avril 1777 ; 3° La loi du 14 avril 1791 ; 4° La loi du 21 germinal an XI ; 5° L'arrêté du 25 thermidor an XI ; 6° La loi du 29 pluviôse an XIII ; 7° Le décret du 25 prairial an XIII ; 8° Le décret du 18 août 1810 ; 9° L'ordonnance du 8 août 1816 ; 10° La loi du 28 juillet 1838 ; 11° Les articles 14 et 15, et tout ce qui, dans les autres articles, a trait aux pharmaciens de 2e classe et aux herboristes, du décret du 22 août 1854 ; 12° Le décret du 23 mars 1859 ; 13° La loi du 5 décembre 1866. Et tout texte contraire à la présente loi.

Art. 17. — Dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, il sera rendu un règlement d'administration publique portant révision de l'ordonnance du 29 octobre 1846 et du décret du 8 juillet 1850.

Art. 18. — Les pharmaciens de 2e classe pourront, à partir de la promulgation de la présente loi, exercer librement sur tout le territoire de la République.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 30, 1886.

Congrès Français de chirurgie.

La deuxième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, cette année, du 18 au 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Quatre séances seront consacrées à des *questions mises à l'ordre du jour*, trois au moins aux *questions diverses*.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux questions mises à l'ordre du jour ou faire toute autre communication sont priés d'en aviser le secrétaire général avant le 15 août, *dernier délai*. Ils devront donner le titre de leur communication et, si possible, les *conclusions*.

Questions mises a l'ordre du jour du deuxième Congrès.

Première question. — *Nature, pathogénie et traitement du tétanos.*

Discussion. MM. les Drs Vaslin (d'Angers), Balestreri (de Gênes), Thiriar (de Bruxelles). — M. le prof A. Socin (de Bâle). Discussion. Observations sur l'étiologie du tétanos tendant à donner les preuves que le tétanos est une maladie parasitaire. Discussion. M. le Dr Maunoury (de Chartres).

Deuxième question. — *De la néphrotomie et de la néphrectomie.*

M. le Dr Jeannel (de Toulouse). Observation de néphrectomie suivie de mort, où la tumeur rénale ne fut reconnue qu'au cours d'une laparotomie pratiquée pour une obstruction intestinale. — M. le Dr Péan (de Paris). Communication au sujet de la méthode relative à la néphrectomie et à la néphrotomie. — M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg). Néphrectomie transpéritonéale pour kyste hydatique du rein. Discussion. MM. les Drs Le Dentu et Lucas-Championnière (de Paris). — M. le Dr Bouilly (de Paris). Trois observations de néphrotomie.

Troisième question. — *Des résections orthopédiques.*

Discussion MM. les Drs Mollière (de Lyon), Vaslin (d'Angers) et M. le prof Ollier (de Lyon).

Quatrième question. — *De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.*

M. le Dr Lagrange (de Bordeaux). Discussion. Observation d'arthrite traumatique du coude chez un homme de 35 ans ; résection sous-périostée ; néoformation de l'olécrane ; retour presque complet des mouvements normaux et de la force du bras. Discussion.

© BIU Santé

MM. les Drs Mollière (de Lyon), J. Reverdin (de Genève), Polaillon (de Paris).

QUESTIONS DIVERSES.

M. le Dr Chénieux (de Limoges). Le drainage et la réunion primitive. — M. le Dr Terrillon (de Paris). De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Conséquences au point de vue du kyste lui-même et des résultats opératoires. — M. le Dr Richelot (de Paris). De l'hystérectomie vaginale. Indication et manuel opératoire. — M. le Dr Chaumier (Indre-et-Loire). La pseudo-scrofule au point de vue chirurgical. — M. le Dr Poncet (de Lyon). Des greffes osseuses dans les pertes des substances étendues du squelette. — M. le Dr Jules Hue (de Rouen). Rupture du périnée : de ses causes, de ses effets, des moyens de la prévenir. — M. le Dr Desnos (de Paris). Extirpation d'un papillome de la vessie par la voie hypogastrique. — M. le Dr Abadie (de Paris). Des procédés actuels de l'opération de la cataracte. — M. le Dr Talezowski (de Paris). De l'ophtalmotomie postérieure dans les épanchements sanguins et séreux intra-oculaires. De l'emploi du thermo-cautère dans la chirurgie oculaire. — M. le Dr Chalot (de Montpellier). Sur la maladie de Paget, faux eczéma de l'aréole du sein. Sur l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate : technique, indications et résultats. — M. le Dr J. Reverdin (de Genève). Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde. — M. le Dr Le Dentu (de Paris). Examen des procédés d'opération du varicocèle d'après des observations personnelles. — M. le Dr Thiriar (de Bruxelles). Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale. Présentation d'un individu opéré *in extremis* de colotomie. — M. le Dr Vaslin (d'Angers). Des modifications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, fractures et contusions. Etude clinique sur l'ostéomyélite et son traitement. — M. le Dr Leriche (de Lyon). Tumeur coccygienne congénitale. — M. le Dr Terrier (de Paris). De la cure radicale des hernies épigastriques non étranglées. — M. le Dr Lucas-Championnière (de Paris). De la résection du genou. De la trépanation des os atteints d'ostéite simple et tuberculeuse. — M. le Dr P. Reclus (de Paris). Sur une opération nouvelle de fistule recto-vaginale. — M. le Dr S. Pozzi (de Paris). Sur le diagnostic et le traitement des kystes du vagin. — M. le Dr A. Marchand (de Paris). Traitement chirurgical du prolapsus utérin. — M. le Dr Maunoury (de Chartres). De la température dans les maladies charbonneuses.

Le nouveau directeur de l'école supérieure de pharmacie.

L'Assemblée des professeurs s'est réunie le jeudi 29 juillet et a désigné en première ligne M. Planchon, membre de l'Académie de médecine, comme directeur de l'Ecole de pharmacie.

Décision prise par l'Assemblée Provinciale de Minas Geraes (Brésil).

Séance du 1er juin 1886. Extrait du *Journal « O Vinte de Agosto », de ouro Preto.* 14 juin 1886.

Un arrêté du ministère de l'Intérieur charge d'une mission un des médecins les plus distingués, professeur éminent à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, M. le Dr Augusto Ferreira dos Santos, d'aller en Europe étudier dans le laboratoire de M. Pasteur les nouvelles méthodes introduites dans la science pour combattre l'hydrophobie. En effet, le gouvernement impérial, professant la plus haute estime pour les services rendus à la science par M. Pasteur, et désireux de voir le Brésil profiter de la découverte du traitement prophylactique de la rage faite par cet illustre professeur, a résolu, d'accord avec la direction de la « *Santa casa de Misericordia* », de charger d'une mission M. Ferreira dos Santos pour suivre spécialement les études, expériences et travaux qui s'accomplissent à Paris dans ce but. La durée de cette mission qui commencera à dater du départ de Rio de Janeiro sera de 14 mois, y compris le voyage d'aller et retour. Une liste indiquant les objets dont ce professeur pourrait avoir besoin pour ces études de microbiologie à la Faculté de Paris, et spécialement pour tout ce qui se rapporte au traitement de la rage, devra être dressée au retour ; il devra présenter au Gouvernement un rapport exposant le résultat de ses études et de ses observations.

A Marianna, plusieurs personnes ont été mordues par des chiens enragés, et dernièrement leur nombre s'élevait à 6 ; trois d'entre elles ont été soumises au traitement spécial du Dr Sizino Pontes, qui a réussi, sinon à les guérir complètement, au moins à dénaturer d'une certaine manière la physionomie de la maladie et la symptomatologie qui caractérise la rage (?) Les 3 autres se trouvent véritablement sous l'influence du virus rabique, et, partant, dans les conditions requises pour se prêter à des observations thérapeutiques. En conséquence, l'Assemblée Législative Provinciale de Minas Geraes a décrété : Le Président de la Province est autorisé à dépenser, dès aujourd'hui, la somme de deux contos de reis pour l'envoi de trois hydrophobes, de cette ville à Paris, pour qu'ils soient soumis aux expériences de M. Pasteur, sous les yeux de leur compatriote, le Dr Augusto Ferreira dos Santos, qui vient d'être envoyé en mission par le gouvernement pour l'étude en Europe de cette importante matière.

La rage.

Nous lisons dans le *Temps* du 25 juillet :

Des journaux de Paris ont raconté que Marius Bouvier, âgé de trente-cinq ans, représentant de commerce, mort le 21 juillet, à Grenoble, après avoir été mordu par un chat enragé, le 30 avril dernier, n'avait suivi que pendant trois jours le traitement Pasteur. M. le Dr Girard, de Grenoble, qui a procédé avec son confrère Hermil à l'autopsie de Bouvier, a reçu aujourd'hui de M. le Dr Brouardel, de Paris, une lettre lui demandant des explications à ce sujet. Le correspondant du *Temps* peut affirmer qu'il a eu entre les mains et qu'il a vu à la mairie le certificat délivré par M. Pasteur à Bouvier, attestant qu'il avait suivi le traitement préventif de la rage du 4 au 13 mai 1886.

Il est ainsi conçu : « Laboratoire de la rue d'Ulm. Je déclare que le sieur Marius Bouvier, de Grenoble, a subi le traitement préventif de la rage du 4 au 13 mai 1886. Signé : PASTEUR. » — M. Girard a envoyé à M. Pasteur, sur sa demande, le bulbe du cerveau de Bouvier. Ce savant a écrit au médecin de Grenoble que c'est la première fois que son traitement serait suivi d'insuccès sur un homme mordu à la main. Avec une partie du cerveau que l'on a conservée à l'hôpital de notre ville, on a inoculé un lapin et un chien. Le lapin est mort hier soir, et le chien est malade. Il est donc certain, et c'est l'avis des deux médecins qui ont fait l'autopsie du cadavre de Bouvier, que celui-ci est bien mort de la rage.

Il faut remarquer, il est vrai, que cet homme était un alcoolique invétéré, s'enivrant deux ou trois fois par semaine.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 juillet 1886 au samedi 24 juillet 1886, les naissances ont été au nombre de 1211 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 493 ; illégitimes, 144. Total, 637. — *Sexe féminin* : légitimes, 419 ; illégitimes, 155. Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 juillet 1886 au samedi 24 juillet 1886, les décès ont été au nombre de 1010, savoir : 535 hommes et 475 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 9, T. 13 Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 14, F 8, T. 22. — Scarlatine : M 8. F. 2, T. 10. — Coqueluche : M. 4, F. 5, T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 13, T. 22. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 3, F. 4, T. 7. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 30, F. 19, T. 42. — Phthisie pulmonaire : M. 102, F. 65, T. 167. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 18, T. 30. — Autres affections générales : M. 30, F. 36, T. 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 18, F. 26, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 15, T. 27. — Pneumonie : M. 30, F. 29, T. 59. — Athrepsie : M. 87, F. 75, T. 273. — Autres maladies des divers appareils : M. 138, F. 135, T. 273. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 26, F. 6, T. 32. — Causes non classées : M. 8, F. 7, T. 15.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 74 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 9. Total : 40 — *Sexe féminin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 8. Total : 34.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIENS DU BUREAU CENTRAL A PARIS. — A la suite de ce concours, MM. MARCHANT et BAZY, sont nommés chirurgiens du Bureau central.

CONCOURS D'EXTERNAT EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE. — L'ouverture du Concours pour l'Externat aura lieu le *Jeudi* 14 *octobre*, à quatre heures précises, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les Etudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mercredi 29 du même mois, inclusivement.

CONCOURS D'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — *Prix à décerner aux Elèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et nomination aux places d'élèves internes, vacantes en* 1887. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 11 octobre, à midi précis, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les Elèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des Elèves des hôpitaux

© BIU Santé

et hospices. Les Elèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mercredi 22 septembre, inclusivement.

CONCOURS D'AGRÉGATION D'ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE. — Voici l'ordre dans lequel les thèses d'agrégations seront soutenues dans ce concours. Les séances ont lieu le matin à 9 h. et le soir à 1 h. 1/2.—ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE : 26 juillet, M. Jaboulay : *Relation des nerfs optiques avec les centres nerveux ;* argumenté par MM. Nicolas et Tapie ; — M. Ferré : *Membranes muqueuses ;* argumenté par MM. Quenu et Guinard — 27 juillet, M. Rodet : *Actions d'arrêt ou d'inhibition ;* argumenté par MM. Assaky et Variot. — M. Poirier : *Développement des membres ;* argumenté par MM. Princeteau et Rodet. — 28 juillet, M. Gilis : *Prolifération de la cellule par Kariokinèse ;* argumenté par MM. Jaboulay et Nicolas. — M. Assaky : *Origine des feuillets blastodermiques chez les vertébrés ;* argumenté par MM. Variot et Poirier. — 29 juillet, M. Guinard : *Comparaison des organes génitaux externes dans les deux sexes ;* argumenté par MM. Rodet et Assaky. — M. Variot : *Eléments figurés du sang ;* argumenté par MM. Poirier et Princeteau. — 30 juillet, M. René : *Propriétés physiologiques du muscle cardiaque ;* argumenté par MM. Gilis et Jaboulay. — M. Nicolas : *Organes érectiles ;* argumenté par MM. Tapie et Ferré. — 2 août, M. Quenu : *Arcs branchiaux chez l'homme ;* argumenté par MM. Guinard et Rodet. — M. Tapie : *Travail et chaleur musculaires ;* argumenté par MM. Ferré et Quenu. — 3 août, M. Princeteau : *Progrès de la Tératologie depuis I. Geoffroy Saint-Hilaire ;* argumenté par MM. Rodet et Gilis. — HISTOIRE NATURELLE : 4 août, M. Nabias : *Galles et leurs habitants ;* par MM. Planchon, agrégé et Barrois. — M. Barrois : *Rôle des insectes dans la fécondation des végétaux ;* par MM. Planchon et Nabias.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — *Patronage et Présidence d'honneur de M. le Ministre du commerce et de l'industrie ; Présidence effective de M. le* Dr DURAND-FARDEL. Un congrès d'hydrologie et de climatologie doit se tenir à Biarritz du 1er au 8 octobre prochain ; des excursions suivront le séjour à Biarritz. Les médecins, les hommes de science et les excursionnistes que le Congrès et l'attrayante visite pyrénéenne peuvent intéresser, sont invités à se faire inscrire soit chez M. Laugier, trésorier-adjoint du Congrès, au secrétariat général, hôtel des Ambassadeurs, rue Gambetta, à Biarritz (Basses-Pyrénées), soit chez M. le Trésorier du comité local de leur département, en envoyant la souscription réglementaire de 12 francs en bon sur la poste. — Pour avoir en temps opportun les cartes de circulation sur les chemins de fer à 50 0/0 de rabais, il est indispensable de se faire inscrire avant le 1er septembre. Le Secrétariat général ne répond de rien passé cette date. Il est utile de se hâter, car certaines excursions seront forcément limitées. Nous rappelons que les dames (comme pour l'Association française pour l'avancement des sciences) sont admises à devenir membres du Congrès moyennant la souscription commune de 12 francs. Chaque membre adhérent, c'est-à-dire ayant payé ses 12 francs, aura le droit de venir à Biarritz en profitant d'un rabais de 50 0/0 pour le voyage en chemin de fer, d'assister aux séances du Congrès, de jouir de toutes les faveurs accordées aux congressistes, et, finalement, de recevoir le volume du Congrès. Nous rappelons aux hydrologistes qui veulent prendre part à l'exposition des plans et des livres relatifs à l'hydrologie, ainsi qu'aux météorologistes et aux fabricants qui veulent prendre part à l'exposition des plans et des appareils relatifs à la météorologie, qu'ils peuvent réclamer le programme de l'exposition à M. le Dr Delvaille, commissaire général de l'Exposition (Bayonne). Pour les renseignements, s'adresser au Secrétaire général du Congrès, Dr F. Garrigou, à Luchon (Haute-Garonne), et au bureau du secrétariat général du Congrès, à Biarritz (Basses-Pyrénées). Pour ce qui est des mémoires à présenter au Congrès, il est indispensable d'envoyer le titre et les conclusions au secrétaire général, Dr F. Garrigou, à Luchon, avant le 1er septembre, afin qu'il puisse être procédé par le Comité d'organisation au classement pour l'ordre de lecture.

FACULTÉS DES SCIENCES. — Par décrets en date du 17 juillet sont nommés professeurs adjoints : M. DASTRE, professeur ès sciences, chargé du cours de physiologie à la Faculté des sciences de Paris ; M. MAGNIN, docteur ès sciences, maître de conférences de botanique à la Faculté des sciences de Besançon ; M. KUNSTLER, docteur ès sciences, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Bordeaux ; M. DAUTHEVILLE, docteur ès sciences, maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Montpellier.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé à M. Paul BERT, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, député.—M. DASTRE, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie à la Faculté des sciences de Paris. — M. JOLY, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (chimie). — M. PELLAT, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, à ladite Faculté, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (physique).—M. RAFFY, docteur ès sciences, maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences mathématiques. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres des conférences à la Faculté des sciences de Paris : MM. CHATIN, *anatomie* ; JANNETTAZ, *minéralogie* ; SALET, *chimie organique* ; MOUTON, *physique* ; JOLY, *chimie* ; VÉLAIN, *géologie* ; PRUVOT, *zoologie* ; RIBAN, *chimie* ; PUISEUX, *mécanique et astronomie* ; RAFFY, *mathématique* ; PELLAT, *physique*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le Prosectorat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. BOIFFIN, interne de 4e année à l'hôpital de la Pitié et de M. HARTMANN, interne de 4e année à l'hôpital Lariboisière. — *Concours pour le clinicat obstétrical.* — Sont nommés : M. LOVIOT, chef de clinique titulaire ; M. BOISSARD, chef de clinique adjoint. — *Concours pour la clinicat médical.* MM. les Drs BOURCY et SAPELIER sont nommés chefs de clinique titulaires ; MM. ŒTTINGER et DUFLOCQ, chefs de clinique adjoints.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. BORDIER (Léonard-Henry), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Sigalas, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. METZNER, licencié ès sciences physiques et ès sciences mathématiques, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Puchot, des fonctions de préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Caen.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. VINCENT, docteur en médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger.

CHOLÉRA. — *Autriche* : le choléra exerce toujours ses ravages sur les bords de l'Adriatique, à Trieste, à Vienne et aux environs. — *En France* : à la frontière italienne, on prend les plus grandes précautions pour éloigner toute cause d'infection.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera, du vendredi 6 au lundi 16 août 1886, une excursion géologique en Suisse, conformément à l'itinéraire suivant. Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, le vendredi 6 août, à neuf heures dix minutes du soir, où l'on prendra le train pour Genève. Première journée, samedi 7 août : Genève ; — deuxième journée, dimanche 8 août : Berne, lac de Thoune, Dœrlingen ; — troisième journée, lundi 9 août : d'Interlaken à Grindelwald par le Wengernalp ; l'Eiger ; la Jungfrau ; — quatrième journée, mardi 10 août : de Grindelwald à Meirigen ; la grande Scheideck ; le glacier de Rosenlaui ; — cinquième journée, mercredi 11 août : de Meirigen à l'hospice du Grimsel ; — sixième journée, jeudi 12 août : de l'hospice du Grimsel, par le col de la Furca, à Andermatt ; vallée d'Uri ; glacier de Galenstock ; — septième journée, vendredi 13 août : d'Andermatt, par la vallée de la Reuss, à Altorf et à Fluelen ; — huitième journée, samedi 14 août : de Fluelen à Lucerne, par le lac des Quatre-Cantons ; ascension du Righi ; le mont Pilate ; — neuvième journée, dimanche 15 août : chemin de fer pour Berne, Neuchâtel, Pontarlier et Paris, où l'on sera rentré le lundi 16 août 1886 au matin.—Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer de Paris à Genève et de Pontarlier à Paris sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie du Muséum d'ici au mercredi 4 août 1886, quatre heures du soir, et y verseront le montant de la demi-place, soit la somme de 49 fr. 90 cent. Pour tous les autres renseignements, s'adresser au Muséum, au laboratoire de géologie.

RÉCLAMATION. — M. le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, nous prie d'insérer les lignes suivantes :

« Un grand nombre de nos confrères ont reçu ces jours derniers une lettre signée Dr HUCHARD, recommandant une spécialité pharmaceutique contre la tuberculose, la bronchite et l'asthme. J'ai à peine besoin de déclarer que je suis absolument étranger à la rédaction de cette lettre.

« Pour éviter toute confusion avec d'autres médecins qui portent mon nom, je signe tout ce que j'écris : *Henri Huchard.* »

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 32. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 AOUT 1886.

Le Progrès Médical

TÉRATOLOGIE

Observation d'anophthalmie avec hernies bilatérales congénitales du cerveau ;

Par M. S. RADZISZEWSKI, médecin à Ciechanowiec (Gouv. de Lomza, Pologne).

Le 17 décembre 1885, on apporta dans mon cabinet un enfant âgé de deux mois environ, pour me consulter au sujet d'une *cécité congénitale*, et de *deux grosseurs* qu'il avait au-dessous des deux yeux.

L'examen donna les détails suivants : Un enfant du sexe masculin, vigoureux, le crâne bien conformé, ne présentant aucune anomalie du corps, à l'exception de celle dont nous parlerons plus bas. Cet enfant est le second né d'une mère tout à fait bien portante, ne présentant aucun vestige de maladie syphilitique ou de toute autre dyscrasie.

Les altérations principales ont trait à l'*organe visuel*. Les paupières sont fortement closes, et à la place où il y a ordinairement des bleus ou de l'œdème, c'est-à-dire, entre le cartilage de la paupière inférieure et le bord de l'orbite, on voit des deux côtés à travers la peau normale *deux grosseurs bleuâtres* ressemblant à une télangiectasie profonde des vaisseaux veineux.

La grosseur du côté gauche se rapproche du volume d'un gland ; sa surface est lisse et arrondie. — Celle de droite, beaucoup plus petite, soulève à peine la peau des paupières qui se plisse facilement, et ne présente aucune cicatrice. — Les deux grosseurs n'ont point augmenté de volume depuis la naissance de l'enfant. L'occlusion des paupières a lieu de la façon suivante : les bords des paupières supérieures avec leurs cils sont retournés en dedans, tandis que les bords des paupières inférieures chevauchent sur les supérieures. Les fentes sont moins longues qu'à l'ordinaire, par suite du développement plus faible des cartilages ; elles se distendent difficilement à l'aide des doigts, et seulement d'une façon très limitée, ce qui ne permet pas de bien examiner ce qu'il y a derrière elles.

Le bout du petit doigt pénètre facilement entre les paupières sur une longueur de plus d'un centimètre.

Après avoir dilaté les fentes à l'aide du speculum de Kramer, je me suis convaincu que la bourse conjonctivale a la forme d'une poche, dont les deux parois strictement adhérentes, forment une espèce de cloison horizontale à travers l'orbite, légèrement proéminente vers le haut, et s'étendant depuis la fente palpébrale jusqu'au trou optique.

La surface interne des paupières est tapissée de la conjonctive normale, qui constitue aussi le reste du sac, sans présenter aucune délimitation.

Il m'a été complètement impossible de trouver la moindre trace des globes oculaires ; la petite poche est tout à fait lisse et se termine en cul-de-sac.

Les parois inférieures de ces bourses conjonctivales forment la surface supérieure des grosseurs, au-dessus desquelles il est facile de les plisser.

Le cartilage de la paupière inférieure et la peau recouvrent la grosseur par-devant; sa superficie inférieure repose sur la paroi osseuse de l'orbite. Les grosseurs paraissent se diriger vers la fissure orbitale inférieure, et l'angle intérieur de l'œil. En examinant une des deux tumeurs à l'aide de mes deux doigts introduits dans la fente palpébrale, et appuyés sur sa surface antérieure, j'acquis la certitude que la tumeur est immobile à sa base, lisse, molle, irréductible, n'accusant pas de pulsations.

Son volume ne changeait pas visiblement quand l'enfant pleurait ; une pression, même assez forte, ne provoquait aucun symptôme cérébral. — Il m'a été également impossible de découvrir quelque ouverture anormale sur les parois osseuses de l'orbite à la base de la tumeur. Chaque tumeur occupait la moitié inférieure de l'orbite, en dépassant son bord très peu à droite, et beaucoup plus à gauche.

Les parties supérieures de l'orbite étaient à peu près vides, ce qui fait, que les paupières supérieures privées de l'appui que leur forme habituellement le globe de l'œil sont plates, et retournées en dedans, constituant ainsi un entropion. — Les cartilages tarsaux des paupières sont presque à l'état normal ; de leurs deux bords, le bord ciliaire est garni de poils très fins.

La conformation générale de l'appareil visuel chez cet enfant rappelle par son aspect les organes visuels des animaux qui naissent les paupières closes ; à cette différence près que chez les animaux il y a occlusion des bords seuls des paupières, et pas de fente d'un centimètre de profondeur, telle que nous la voyons chez cet enfant.

En outre, le niveau de l'occlusion correspond plus ou moins au milieu transversal du globe oculaire.

Diagnostic. — Après avoir précisé toutes ces données, nous arrivons à faire nos hypothèses sur la possibilité d'un diagnostic exact. — Les deux tumeurs pouvaient simuler les deux globes de l'œil recouverts des paupières adhérentes et par cela même déformées; des néoplasmes congénitaux, des kystes, des tumeurs vasculaires, et enfin des hernies cérébrales.

Il est vrai que l'admission des *tumeurs vasculaires* se heurtait à l'absence des symptômes qui les distinguent, à savoir : augmentation de volume quand l'enfant pleurait ; diminution sous la pression, etc.

Par contre, la probabilité des *hernies cérébrales* devenait plus certaine par la circonstance que les tumeurs se trouvaient à l'endroit où les hernies se voient habituellement ; mais rien de plus ne venait confirmer cette dernière hypothèse.

Faute de données positives, le diagnostic restait donc incertain. — Bien qu'il existât très peu d'espoir de retrouver les *globes oculaires*, surtout à l'état normal, il n'y avait aucun autre moyen qu'une intervention chirurgicale de nous assurer du caractère des tumeurs. En effet, si les globes existaient, même altérés, il était facile d'établir une fente palpébrale.

Après avoir mûrement réfléchi à tous ces détails, je relevai la paupière inférieure, et à l'endroit qui, à l'état normal, correspond au pli de la conjonctive oculo-palpébrale, je saisis cette dernière avec une pince, et après l'avoir incisée j'introduisis sous cette membrane, et à

© BIU Santé

'angle extérieur de l'œil, une sonde cannelée sur laquelle je divisai les parties avec des ciseaux. Après avoir dilaté la plaie, j'aperçus une partie de la surface supérieure dénudée de la tumeur. A première vue, elle avait l'aspect de la cornée un peu trouble; mais vue de plus près, elle apparaissait sous forme de vésicule lâche, noirâtre, à moitié transparente. La surface, examinée à la loupe, accusait, en divers endroits, la présence de petits vaisseaux sanguins. Du reste, aucun vestige de pupille, d'iris, de sclérotique, etc. Toute la surface examinée présentait une structure homologue, et dépassait par son diamètre l'étendue habituelle de la cornée normale. La couleur noire de la vésicule était moins foncée que le pigment habituel de la choroïde.

La vésicule contient un liquide, et on peut la contourner par-devant à l'aide d'une sonde boutonnée, et sur une assez grande partie de sa périphérie.

Je conclus donc que l'enfant était privé des globes oculaires et que les grosseurs décrites étaient des *hernies cérébrales*.

L'embryologie nous apprend que les organes de la vue apparaissent chez les mammifères à la fin de la première semaine de la vie intra-utérine, sous forme de deux bosselures ou convexités latérales de la vésicule cérébrale antérieure.

Au commencement du deuxième septennaire, les vésicules oculaires s'allongent, et, se séparant de plus en plus du cerveau, ne s'y rattachent en dernier qu'à l'aide d'une espèce de cylindre vide, devant plus tard former le nerf optique.

Pendant la seconde semaine, les vésicules oculaires s'aplatissent à la suite du bourgeonnement de la couche cornée de la peau de l'embryon. La paroi antérieure se rapproche de la postérieure, et dans la concavité fermée de cette manière, apparaissent les premiers rudiments du corps vitré, et des membranes de l'œil qui tirent leur origine de la couche cornée et du derme.

La vésicule primitive de l'œil se transforme successivement en choroïde et en pigment oculaire.

Le prolongement cylindrique vide de la vésicule se remplit d'éléments nerveux dont résulte plus tard le nerf optique.

Durant les premières semaines de la vie intra-utérine, les paupières ne se distinguent nullement des téguments généraux de la face qui les recouvrent en entier; ce n'est qu'au troisième mois que nous voyons apparaître deux plis longitudinaux, lesquels, en se développant, se replient l'un vers l'autre, se rapprochent et se touchent à la fin du troisième mois, époque où se forment également les organes lacrymaux, la conjonctive, les cartilages des paupières et l'anneau osseux, premier jalon de l'orbite future.

Ces détails, puisés dans les travaux des embryologistes, nous autorisent à admettre que le défaut de développement constaté chez le sujet de cette observation, c'est-à-dire l'absence totale des deux globes oculaires, date de la première époque de la vie intra-utérine. — Autant que l'on peut en juger, le vice de conformation a atteint surtout les parties formées par les vésicules primitives de l'œil, car les autres parties qui émergent des couches dermiques de l'embryon (conjonctive, paupières, organes lacrymaux) existent chez l'enfant.

D'autre part, il nous est impossible de préciser les rapports existant entre l'atrophie des vésicules oculaires et les hernies bilatérales du cerveau et de définir si cette atrophie est primitive ou secondaire; de même pendant la vie nous ne pouvons affirmer quelle a pu être la part prise par les éléments primitifs de ces vésicules dans la formation des *grosseurs* dont nous avons parlé.

En admettant que nous avons affaire à des hernies cérébrales ou méningéales, nous croyons être dans le vrai sans cependant considérer ce diagnostic comme infaillible. En effet, certains auteurs prétendent que ces tumeurs ne sont que des *Kystes séreux congénitaux* (1) et rangent les sujets qui en sont affectés parmi les Cystencéphales (2).



Fig. 65.

Les hernies n'étant pas très tendues et rien ne faisant espérer qu'elles allaient crever par elles-mêmes, je me suis abstenu de les ponctionner, à l'effet d'obtenir une guérison radicale. Je n'ai fait qu'appliquer un simple pansement sur la plaie qui se ferma assez vite. Les jours suivants ne présentèrent rien d'extraordinaire, à l'exception de la première nuit où l'enfant fut inquiet et pleura beaucoup.

Il y a juste cinq mois que j'ai eu occasion d'observer cet enfant pendant quelques jours, et d'après les dernières nouvelles reçues il vit, se développe bien, à l'exception de la difformité décrite plus haut, qui ne présente aucun changement.

Pour plus de précision, je joins à la présente description un dessin fait d'après un moule en plâtre (v. *fig.* 65).

(1) On fera bien de lire, à ce sujet dans la thèse d'agrégation en chirurgie du Dr Piqué : *Anomalies, développement et maladies congénitales du globe de l'œil*, Paris (1886), le chapitre sur les *kystes séreux congénitaux de l'orbite*, qui s ont accompagné parfois d'anophthalmie, et le chapitre *anophthalmie*. Il serait très intéressant, pour justifier le diagnostic, qui, en somme, est discutable dans une certaine mesure, d'examiner histologiquement ces *grosseurs* intraorbitaires si l'enfant venait à succomber. (Marc. B.)

(2) Littré et Robin : *Dictionnaire de médecine*, 1878, p. 408.

Cours de vacances. — Pendant les mois d'août et septembre prochains, *un cours pratique de bactériologie* aura lieu au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. On s'inscrit d'avance au laboratoire du professeur Cornil à la nouvelle Ecole pratique.

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

Lymphangite et sublimé ;

par le Dr W. SKINNER.

Voici le résumé de deux observations qui démontrent la prompte efficacité du bichlorure d'hydrargyre dans la lymphangite, suite de traumatismes septiques.

1° 28 *mars* 1886. — X..., chef cuisinier du steamer *Dom Pedro*, allant du Havre à Buenos-Ayres : Plaie contuse à la face dorsale de la phalangette de l'index gauche, faite avec un couteau de cuisine et divisant l'ongle transversalement. Pour le premier pansement, on lave la plaie avec de l'eau phéniquée et on la recouvre de bandelettes de diachylon.

30 *mars*. — La plaie de l'index a donné lieu à une lymphangite qui rend très douloureux les ganglions épitrochléen et axillaires. Le doigt est rouge, enflé, et le moindre attouchement cause de grandes souffrances. La plaie a mauvais aspect et ne montre aucune tendance à se fermer. On change le traitement, on lave la plaie longuement avec de l'eau-de-vie camphrée et l'on y met des compresses trempées dans une solution de sublimé à 2 pour 1000 qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures.

31 *mars*. — Tous les symptômes de lymphangite ont rapidement diminué depuis hier : les ganglions lymphatiques ne sont presque plus douloureux et le doigt est beaucoup moins enflé, moins rouge et moins sensible qu'hier. — Même traitement.

1er *avril*. — La lymphangite est guérie : la plaie se cicatrise rapidement.

2° 27 *avril*. — Mlle S. V... : Lymphangite très accusée et très étendue occupant toute la face dorsale du pied droit et la moitié inférieure de la jambe. Ganglions du pli de l'aine tuméfiés et douloureux. Cette lymphangite est survenue à la suite d'une brûlure par un liquide bouillant, et reconnait pour cause occasionnelle la tentative de rompre avec une épingle sale les phlyctènes produites par la brûlure. Au moment du premier examen, le pied semblait être le siège d'un phlegmon, et on se demandait s'il n'y avait pas lieu d'ouvrir une collection purulente, tellement l'aspect du pied faisait craindre la suppuration. On limita pourtant le traitement à la position élevée du pied, avec application d'onguent napolitain sur le pied, qui fut ensuite recouvert de cataplasmes de fécule.

Ce traitement fut continué pendant trois jours sans amélioration : il y avait plutôt aggravation du mal. Le 30 avril on supprime les cataplasmes et on panse le pied avec des compresses trempées dans une solution de sublimé à 2 pour 1000, sans autre modification du traitement.

2 *mai*. — Amélioration notable : tous les phénomènes pathologiques ont diminué d'intensité. Les ganglions inguinaux sont revenus à un état presque normal. Il n'est plus question d'incisions.

3 *mai*. — La lymphangite est guérie. La plaie commence à se cicatriser.

Ces deux faits frappants se passent de commentaires. Ajoutons que le succès, pour ainsi dire instantané, de ce mode de traitement de la lymphangite, ferait croire, *à priori*, à l'utilité du sublimé dans l'*érysipèle*, qui ressemble notablement à l'angioleucite réticulaire, tant par sa septicité que par ses caractères objectifs, mais dans les deux maladies, il est indispensable de surveiller attentivement l'absorption du sublimé par la peau inflammée, qui, par la grande vascularité pathologique qu'elle présente dans les cas en question, pourrait laisser introduire dans l'organisme des quantités toxiques de l'agent employé.

LAICISATION. — L'établissement des sourds-muets de Chambéry vient d'être laicisé.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr WEBER vient d'être nommé résident à la Grande-Commune (Madagascar).

TÉRATOLOGIE

Ectromélie unilatérale. — Rein unique. — Inclusion de la verge. — Cloaque vésico-rectal. — Tumeur mixte (*fibro-sarcome*) du périnée, etc. ;

Par BOURNEVILLE et BRICON.

Nous devons à l'obligeance d'une sage-femme distinguée de Gentilly, Mme FORINO, d'avoir pu étudier un monstre *ectromèle* atteint en outre de différentes autres *anomalies* dont nous allons rapporter l'observation.

OBSERVATION. — *Deux oncles paternels ont eu des convulsions. — Grand-père maternel, excès alcooliques. Grand'mère maternelle, suicide. — Frère âgé de 10 mois, ne prononce que quelques mots. — Vive émotion au troisième mois de la grossesse.*

Ectromélie abdominale unilatérale. — Rein et uretère uniques. — Difficulté apparente de la détermination du sexe. — Inclusion de la verge, scrotum inhabité simulant une petite verge. — Urèthre imperméable dans une partie de son parcours. — Cloaque (communication de la vessie avec le rectum). — Tumeur congénitale du périnée et des parties environnantes (fibro-sarcome).

Rat..., né le 7 mars 1886, décédé le 13 mars.

Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, 37 ans, charpentier, d'une constitution robuste, bien portant, ne fait aucun excès de boissons ; il fume et chique d'une façon modérée. Marié à 32 ans, il n'a été atteint d'aucune affection nerveuse ou syphilitique. [*Père*, bien portant, cultivateur, sobre, pas d'accidents nerveux. — *Mère*, sobre, morte à 61 ans en 8 jours d'une affection cérébrale dont le diagnostic n'a pas été porté. — *Grand-père maternel*, 86 ans, et *grand'mère maternelle*, 80 ans, en bonne santé. *Deux frères* ayant eu des *convulsions dans l'enfance* ; l'un infirmier, atteint de tics oculaires, a eu trois enfants, dont deux sont morts on ne sait de quoi. Pas d'aliénés, d'épileptiques, ni de difformes (pieds-bots, malformation des membres, sourds-muets) dans la famille.

Mère, 30 ans, bien portante, n'a pas eu de convulsions dans l'enfance, n'est pas migraineuse, mais a eu pendant les cinq premiers mois de sa première grossesse, des *céphalalgies* avec vomissements, et pendant la seconde, des *douleurs névralgiques* ; elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, mais est très impressionnable. [*Père*, mort à 66 ans d'une maladie de cœur ; il fit, à partir de l'âge de 45 ans, de nombreux *excès de boissons*. — *Mère*, s'est suicidée par le vitriol. — *Grand-père paternel* mort subitement vers l'âge de 40 ans, on ne sait de quoi. — *Grand'mère paternelle* morte à un âge avancé sans qu'on puisse préciser de quelle affection. — La *grand'mère maternelle* est également morte âgée ; on ne peut fournir aucun renseignement sur le *grand-père paternel*. — *Deux frères* bien portants, ainsi que les enfants de l'un d'eux ; une *sœur*, sans enfants, est de même en bonne santé. (Ni aliénés, ni épileptiques, ni difformes, etc., dans la famille). Pas de *consanguinité*.

Trois enfants : *a*) D'un premier mari : 1° un enfant, âgé de 9 ans, bien portant et intelligent : aurait eu une convulsion légère lors de l'éruption d'une molaire. *b*) Du deuxième mari, *deux enfants* ; 2° l'un âgé de 30 mois, bien portant, comprendrait tout ce qu'on lui dirait, mais ne prononce que quelques mots tels que *papa*, *maman*, et quelques autres ; il a marché à 10 mois et a été propre à 1 an.

3° *Notre malade*. — Lors de la *conception*, les parents étaient tous deux bien portants et vivaient en parfait accord (ni chagrins, ni ennuis). — *Grossesse* : la mère est venue de Besançon, son pays, où elle était domestique, enceinte de trois mois, sans avoir connaissance de son état, car elle avait eu ses règles aux époques ordinaires. Le jour de son arrivée, elle vint voir son beau-père, marié, à

© BIU Santé

une surveillante de Bicêtre. En traversant la seconde cour de l'hospice, elle fut *vivement impressionnée* à la vue du malade B..., atteint d'un *tic convulsif violent de la tête (chorée?)*, elle en aurait été « bouleversée, retournée » mais n'eut ni syncope, ni tremblement, et n'éprouva rien de particulier du côté de l'abdomen. Elle alla déjeuner chez sa belle-sœur, ne repensa pas à ce malade, mais dans la soirée, l'aspect de ce pensionnaire lui revint : « Je le voyais toujours, la nuit il était devant moi si je me réveillais. » Chaque fois qu'elle venait à Bicêtre (et elle y venait tous les jours) elle était reprise d'un sentiment de compassion à la vue de cet homme. Pendant tout le cours de la grossesse, elle a été hantée par l'idée que l'enfant qu'elle portait pourrait être mal conformé et ce fut la première chose qu'elle demanda à la sage-femme lors de l'accouchement. En dehors de cette émotion, elle n'eut durant la grossesse, ni céphalalgies, ni névralgies, ni coups, ni chutes, etc. ; nous signalerons toutefois des vomissements qui semblent avoir été de nature peu grave, et jusqu'au troisième mois des envies de boire qu'elle satisfaisait en buvant de l'eau; ni eau-de-vie, ni autres liqueurs, etc. Dans le deuxième mois de la grossesse, elle eut seulement un peu d'œdème des membres inférieurs.

Les premiers mouvements de l'enfant se sont manifestés vers le cinquième mois; ces mouvements ressemblaient, selon elle, à une boule qui remue et non à des petits coups comme ceux qu'elle avait sentis quand elle était enceinte de ses deux premiers enfants. Il me semble, disait-elle à son mari, que ses membres ne remuent pas comme chez les autres, et qu'il est situé sous les côtes. » L'*accouchement* eut lieu environ trois semaines avant terme ; il fut très rapide, d'une durée totale de 10 à 15 minutes.

Etat actuel (13 mars 1886). *Tête* bien conformée; pas d'indice d'hydrocéphalie ; cheveux assez abondants. — *Face* régulière. — Le *thorax* est déprimé vers l'extrémité inférieure du sternum, qui forme une espèce de fossette. L'appendice xyphoïde est saillant. Les *membres supérieurs* sont bien conformés.

La *colonne vertébrale* est régulière à la région cervico-dorsale, mais à la région lombaire, qui est très concave, il y a une déviation vers la droite. — Le *bassin*, en arrière, forme une saillie considérable qui est moins large que le diamètre qui répond au flanc. La moitié droite du bassin est arrondie, la gauche un peu déprimée. — La peau est saine sur la moitié droite, qui est irrégulière ; elle est ulcérée sur la moitié de son étendue. — L'ulcération est irrégulière, présente une coloration rouge foncée. Sur la ligne médiane, il existe une *dépression infundibuliforme*, où aboutissent quatre sillons. C'est là que se trouve une fente d'où sortent, assure-t-on, les excréments. Egalement sur la ligne médiane, à la partie la plus saillante, on trouve une petite *eschare* qui a débuté avant-hier. La masse arrondie, qui répond au bassin, se termine sous la forme d'un cône tronqué, au sommet duquel existe une fente en V dont l'ouverture est d'environ 8 à 9 millimètres. Les lèvres du V sont d'aspect cutané. Dans la fente, répondant à la branche gauche du V, semble être l'orifice urétral. (?) Entre les branches du V, on trouve une saillie rosée.

Membre inférieur droit. — La *hanche droite* paraît normale ; toutefois ses mouvements sont un peu limités, surtout dans le sens de l'abduction. Le fémur droit est un peu incurvé ; la jambe droite est fortement courbée en dedans et se termine par un *pied bot varus* assez prononcé.

Membre inférieur gauche. — De ce côté, il existe, en apparence, une *amputation congénitale (ectromélie)* de la cuisse au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Le membre inférieur gauche est donc représenté par un moignon qui mesure 7 centim. de longueur, 11 centim. de circonférence à la base et 8 centim. de circonférence à l'extrémité inférieure. Il existe quelques mouvements très limités dans la hanche, qui est fortement déprimée. Le moignon est dans l'adduction et ne peut être porté dans l'abduction. Il est en même temps fléchi obliquement sur l'abdomen, de telle sorte que son extrémité libre répond à peu près à la ligne médiane du corps. Sur sa face inférieure et externe, le moignon présente une série de petits mamelons arrondis ou elliptiques ; les uns, répondant à l'extrémité libre, sont fermes ; les autres, situés à la racine du membre, sont mollasses, ont une coloration légèrement bleuâtre, rappelant l'aspect de certaines phlyctènes.

L'*abdomen* est très large, mesure plus de 31 centimètres dans sa plus grande dimension, alors que le thorax mesure à sa base 27 cent. 1/2. La peau est épaissie, principalement sur le tiers médian, dans le sens de la hauteur; elle est ridée transversalement et longitudinalement ; les rides longitudinales sont plus profondes. A 3 centimètres au-dessous du nombril, se trouvent quatre rides cutanées qui se réunissent; l'une des rides ou sillons cutanés descend entre les deux cuisses et répondrait à peu près à une fente simulant vaguement une vulve (?). Cette région interfémorale, qui a 2 centimètres à peine de largeur, descend en bas en s'élargissant pour venir se confondre avec la saillie conique dont nous avons parlé, au sommet de laquelle se trouve l'orifice présumé de l'urèthre. La saillie conique mesure à son extrémité près de 4 centimètres.

Immédiatement au-dessous du pli cruro-génital gauche, existe un *mamelon* qui a 7 à 8 millimètres de hauteur. Cette saillie a tout à fait l'aspect d'un bout de sein sans orifice et ne rappelle nullement l'aspect de la verge. Sa consistance est analogue à celle d'un mamelon.

La peau du dos, dans sa partie supérieure, est souple ; à la région lombaire, elle est dure, comme scléreuse, ainsi que sur la cuisse droite en dehors ; sur la jambe, elle présente le même caractère. Elle est souple sur la région thoracique antérieure, ainsi qu'aux aisselles, un peu scléreuse sur les épaules, très scléreuse sur les bras.

On constate une *cyanose* très prononcée à la jambe, mais surtout du pied et des avant-bras.

L'enfant a rendu son meconium ; les selles commencent à être jaunes ; il tète et ne vomit pas.

Du 13 au 20 mars, il s'est affaibli progressivement, et il meurt le 20 mars. — Grâce à l'habile intervention de M^me^ Forino, nous avons pu pratiquer l'autopsie, mais partiellement, car les parents se sont opposés à ce que nous touchions à la tête.

AUTOPSIE. — Les organes de la *cavité thoracique* sont normaux. Il en est de même de la plupart des organes de la cavité abdominale, à l'exception des reins, du rectum, de la vessie et des organes génitaux, qui présentent des anomalies.

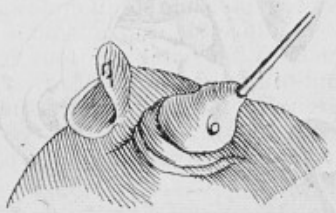


Fig. 66. — 6. Gland ; le prépuce est ramené en arrière ; une sonde est introduite dans l'urèthre. — 7. Mamelon représentant le scrotum inhabité (1).

Organes génitaux. — Dans la fente médiane dont il est question plus haut, on constate l'existence d'un *gland* bien conformé, situé profondément; les lèvres de cette fente sont formées par le prépuce, que l'on parvient à refouler en arrière du gland (*fig.* 66). Une sonde introduite dans le canal de l'urèthre ne parvient pas jusqu'à la vessie; elle se trouve arrêtée au niveau du pubis. Une section opérée d'avant en arrière et sur le trajet de l'urèthre, permet de constater que cette interruption est due à une *tumeur* qui a envahi une grande partie du pénis, et sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Le *mamelon* situé un peu

(1) Cette figure et les suivantes ont été dessinées par M. Isch-Wall, interne du service.

© BIU Santé

au-dessus et sur le côté du pénis, dont nous avons parlé, est incisé et n'est autre qu'un *scrotum inhabité*.

Le *rein gauche* est complètement absent; malgré des recherches très attentives, nous n'en découvrons aucun vestige; la *capsule surrénale gauche* existe. Le *rein droit* paraît normal, mais son *uretère* est très sinueux, dilaté, de la grosseur d'une plume d'oie (*Fig.* 67, 11). Les deux *testicules* (*Fig.* 67, 9) se trouvent sur les côtés du bassin.

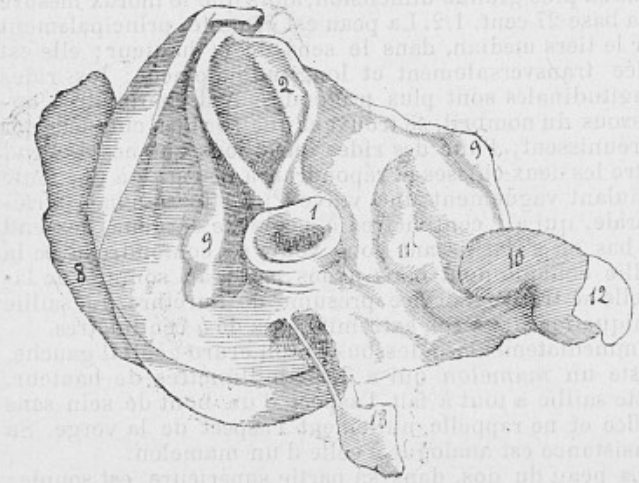


Fig. 67. — 1. Coupe transversale du rectum. — 2. Vessie ouverte sur sa paroi postérieure. — 8. Moignon et cuisse gauche. — 9. Testicules. — 10. Rein droit. — 11. Uretère droit sinueux et dilaté. — 12. Capsule surrénale droite. — 13. Capsule surrénale gauche.

— La *vessie*, ouverte postérieurement, montre une large communication avec une sorte de cloaque (*Fig.* 68, 5) qui lui est commun avec l'extrémité inférieure du *rectum*.

Sur la *paroi interne du rectum*, autour du rectum et de la vessie, se trouve une *tumeur* bourgeonnante (*Fig.* 68 et 69, 1, 3), d'aspect sarcomateux. Cette tumeur a envahi toute la partie gauche du bassin, les faces latérale et postérieure de la cuisse gauche. Elle est blanchâtre, ferme au

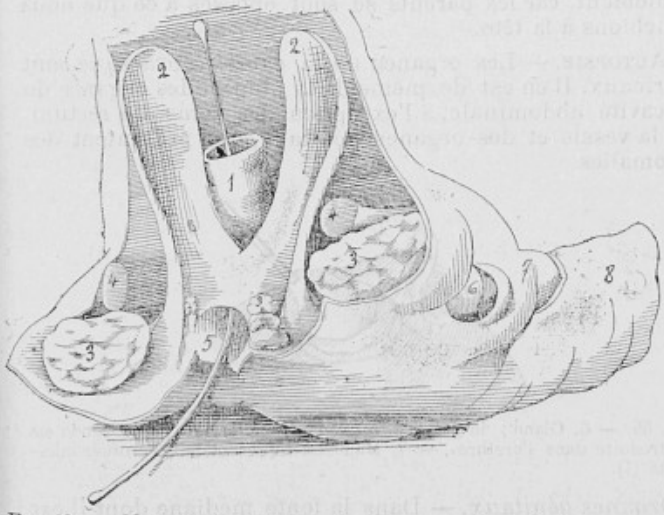


Fig. 68. — Montrant les rapports du cloaque avec la vessie et le rectum. — 1. Rectum par lequel passe une sonde qui ressort par le cloaque. — 2. Vessie ouverte antérieurement et postérieurement. — 3. Tumeur. — 4. Pubis. — 5. Cloaque vésico-rectal. — 6. Fente au fond de laquelle se voit l'orifice de l'urèthre et le gland. — 7. Mamelon scrotal. — 8. Cuisse gauche.

toucher, et crie sous le couteau. Elle contourne le pubis à sa partie inférieure, envahit tout le périnée; elle dépasse de 2 à 3 centimètres la fente dorso-anale qu'elle enveloppe complètement; en avant elle s'étend jusqu'au bord inférieur du prépuce, puis gagne la partie inférieure de la cuisse; elle présente, du pubis au gland, une épaisseur de plus de 3 centimètres. La tête du fémur est à peu près normale située dans une cavité cotyloïde bien conformée. Le bassin à gauche n'est représenté que par une portion cartilagineuse supportant la cavité cotyloïde. Le fémur se termine par une surface cartilagineuse, simulant les condyles et entouré d'une bourse séreuse; cette extrémité in-

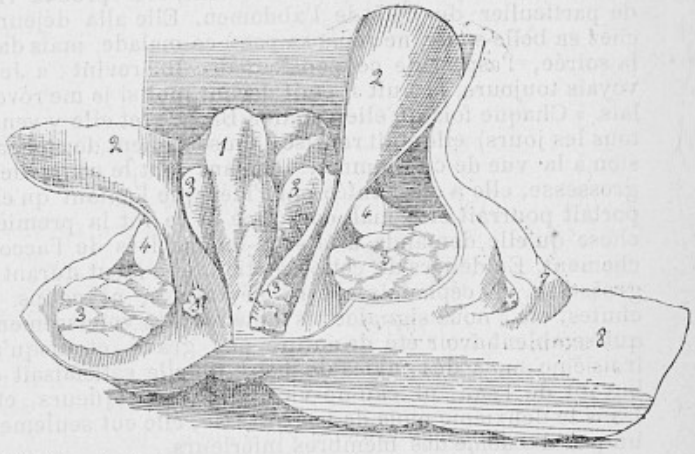


Fig. 69. — 1. Rectum ouvert montrant les végétations de la tumeur (3) sur sa paroi interne. — 2. Vessie. — 3. Tumeur. — 4. Pubis. — 6. Fente dans laquelle se trouve inclus le gland. — 7. Mamelon scrotal.

férieure a l'aspect d'une extrémité fémorale inférieure; on y trouve du reste en avant et un peu en dehors un petit noyau cartilagineux qui rappelle la rotule.

Réflexions. — I. Nous signalerons l'absence complète de tout *néoplasme* et de *malformations* quelconques chez les ascendants directs ou collatéraux, la bonne santé des père et mère. Nous ne trouvons chez les ascendants ni épileptiques, ni aliénés (sauf un suicide); l'alcoolisme existe chez un aïeul maternel et aucun membre de la famille ne paraît avoir été atteint d'affections nerveuses graves, en dehors des convulsions de l'enfance pour quelques-uns d'entre eux. La mère elle-même n'est ni migraineuse, ni à proprement parler nerveuse; elle semble être atteinte simplement de cet état nerveux encore peu défini décrit sous le nom de neurasthénie.

Comme on le voit, nous ne trouvons dans les antécédents aucun fait qui précise, explique la *déviation* ou la *perversion du développement*, dont a été atteint l'enfant Rat....

Il semble que la tumeur se soit développée dans les trois premiers mois de la grossesse. Doit-on en accuser des chocs qui auraient pu être subis pendant des vomissements de ces trois premiers mois?

Quel rôle a pu jouer ici l'*émotion* ressentie vers le troisième mois de la grossesse par la mère à la vue d'un malade atteint d'un tic particulier de la tête, émotion qui se serait prolongée d'une façon constante jusqu'à l'accouchement? Nous ne saurions le dire, si toutefois cette émotion a été pour quelque chose dans l'étiologie des arrêts de développement et des malformations que nous avons observées chez notre malade. Sans insister davantage et nous lancer dans des hypothèses plus ou moins hasardées, nous allons relever en quelques mots les points les plus importants.

II. *Rein unique*. — Les observations du rein unique ne sont pas d'une extrême rareté (1), mais il est douteux qu'elles se rapportent à des cas d'absence rénale congénitale; la plupart doivent être attribuées à des atrophies et des recherches suffisantes eussent peut-être fait découvrir, dans bien des cas, les vestiges du rein. Il n'en est pas de même dans notre cas où la constatation de l'absence du rein gauche est appuyée par la disposition sinueuse de l'uretère droit de calibre excessif (*Fig.* 3) qui semble s'être

(1) Consulter à ce sujet l'article *Rein (physiologie)* publié par M. Daniel Mollière, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, t. III, p. 154, 1876.

© BIU Santé

ainsi développé en compensation de l'absence de toute trace d'uretère gauche. Rappelons que la *capsule surrénale gauche*, correspondant au rein absent, existait et était normale.

III. *Pseudo-hermaphrodisme.* — Les cas d'hermaphrodisme apparent sont assez fréquents, la plupart se rapportent à des hypospades très prononcés. Chez Rat..., au contraire, le gland et le canal de l'urèthre (dans son trajet antérieur) sont bien conformés; l'inclusion seule du gland dans la peau du périnée, par suite du développement de la tumeur d'arrière en avant, avait pu faire penser à l'existence d'une vulve dont les lèvres étaient simulées par la face interne du prépuce; d'autre part, le scrotum inhabité, petit et allongé, a pu être pris pour une verge mal conformée. Ces différents aspects ne pouvaient toutefois résister à un examen plus approfondi.

IV. *Ectromélie abdominale unilatérale.* — Les cas d'ectromélie bi-thoracique ou bi-abdominale sont assez fréquents, mais l'ectromélie abdominale unilatérale est très rare, et, dans la plupart des cas publiés, cette anomalie s'accompagnait d'éventration. Nous devons faire remarquer ici l'absence dans le moignon d'os rudimentaires, la disposition normale des nerfs, des vaisseaux et des muscles, non intéressés par la tumeur. Cette ectromélie paraît être due à la tumeur; nous ne pouvons être plus affirmatifs; les centres nerveux n'ayant pu malheureusement être examinés. La constatation, par Mme Forino, de l'état normal du placenta, des membranes, de la situation également normale du cordon ne permet guère de faire jouer un rôle à ces organes dans la production de la malformation (1).

V. *Tumeur sarcomateuse périnéale et des organes environnants.* — Les cas de sarcômes congénitaux sont assez rares et on n'en trouve que quelques exemples rapportés par Virchow dans sa *Pathologie des tumeurs* et dans l'article *Sarcôme du Dictionnaire encyclopédique*.

La genèse des malformations et de la tumeur observées sur l'enfant Rat... reste encore en partie obscure; si l'on s'explique assez facilement les anomalies rencontrées du côté des appareils génito-urinaires par le fait du développement de la tumeur, il est moins facile de comprendre comment celle-ci a pu produire l'ectromélie, et l'on ne saurait établir de relation entre elle et l'absence du rein gauche.

(1) Dans une observation précédemment publiée par Mme Florino (*Médecin praticien*, 30 septembre 1882, p. 460), on note une *amputation spontanée* du bras par suite sans doute d'une circulaire du cordon (présentation du siège); l'avant-bras détaché fut retrouvé dans les membranes.

JUBILÉ DE L'UNIVERSITÉ DE HEIDELBERG. — Il s'est ouvert par une cérémonie sans caractère officiel. Les fêtes ont commencé lundi. Les représentants des Universités étrangères et des gouvernements ont été reçus dans la grande salle des fêtes. Voici le programme de ces fêtes : mardi, réception des députations nouvellement arrivées; le soir, fête au château, offerte aux étudiants par le gouvernement. Mercredi : Discours de M. Cuno Fischer, professeur de philosophie; banquet au Musée; le soir, cortège aux flambeaux, offert par les étudiants au grand-duc de Bade, recteur *magnificentissimus* de l'université. Jeudi; proclamation solennelle des noms des docteurs *honoris causa* créés à l'occasion du jubilé de l'université d'Heidelberg. Vendredi : à neuf heures du matin, grand cortège historique; le soir, *commers* des étudiants dans la salle des Fêtes. Samedi soir : illumination du château; représentation de gala. Les fêtes du Jubilé promettent d'être très brillantes. Les vieux « *bursch* » au visage balafré qu'on rencontre déjà dans les rues de la ville, où ils vont cherchant d'anciens camarades qu'ils reconnaîtront à peine, ont tous gardé d'Heidelberg un bon souvenir; et c'est pour cela sans doute, que ce jubilé sera si fréquenté et ramènera de tous les pays les anciens étudiants, désireux de retrouver quelque chose de leur jeunesse. Les discours importants ont dû être prononcés hier vendredi.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Laïcisation des hôpitaux.

Dans sa séance du 5 août, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, sur la proposition de M. Peyron, a voté la laïcisation de l'hôpital des Enfants-Malades, de l'hôpital de Forges, et, enfin, pour la *troisième fois*, la laïcisation de l'hôpital Necker. Nous aurons l'occasion d'indiquer prochainement quelle est la situation, ce qu'il reste à faire, les moyens dont dispose l'Administration pour terminer à bref délai cette réforme. Aujourd'hui nous nous bornons à féliciter M. Peyron de la mesure qu'il vient de faire adopter par son Conseil, et nous comptons sur lui pour qu'elle soit appliquée dans le délai réglementaire.

Création à l'hôpital Saint-Louis d'un service à demi-pensionnat pour les enfants atteints de la teigne.

L'insuffisance du nombre des lits consacrés aux enfants teigneux dans les deux hôpitaux spéciaux, Enfants malades et Trousseau, et à l'hôpital Saint-Louis, avait engagé, dans le temps, l'Administration de l'Assistance publique à annexer un *traitement externe* de la teigne aux consultations de plusieurs hôpitaux d'adultes, entre autres à l'hôpital Beaujon. L'accroissement de la population d'une part, et d'autre part l'institution de l'inspectorat médical des Ecoles qui oblige les familles à se préoccuper davantage de la santé de leurs enfants, ont fait que l'organisation du traitement de la teigne ne répond plus aux besoins actuels. Afin de leur donner satisfaction, l'Administration a eu l'idée de créer un nouveau service de teigneux dans les vieux bâtiments, devenus inoccupés, des bains externes de l'hôpital Saint-Louis. Ce projet, après avoir reçu l'approbation du Conseil de surveillance, a été soumis au Conseil municipal qui, dans sa séance du 16 juillet, sur le rapport de M. le Dr G. Robinet a voté un crédit de 14,565 fr. pour la création de ce service. Les enfants n'y seront pas internés, mais admis comme demi-pensionnaires, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Un déjeuner à midi et le goûter à 4 heures, leur seront fournis; enfin ils recevront l'instruction appropriée à leur âge. « Si le Conseil y consent, le service pourra, dès la semaine prochaine, recevoir 40 filles et 40 garçons, » ajoute M. Robinet.

Cette affaire, qui paraît si simple, mérite cependant que nous entrions dans quelques considérations, au sujet de la façon dont elle a été conduite, des irrégularités regrettables qui ont été commises, à l'insu certainement de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique. Nous en empruntons l'exposé au journal *La Lanterne* du 5 mars :

« Le mardi 23 février, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique est allé visiter l'hôpital Saint-Louis. Dans sa visite il a été très étonné de constater que les travaux pour la transformation des bains externes en demi-pensionnat pour les enfants teigneux, étaient sur le point d'être terminés.

« Sa surprise venait de ce que l'affaire n'avait pas encore été examinée par le Conseil de surveillance, qu'elle était inscrite comme devant ENTRER, en tête de l'ordre du jour de la séance du 25 janvier dudit conseil, que ce conseil devait, sui-

© BIU Santé

vant la procédure ordinaire nommer une commission pour examiner le projet de l'Administration et le discuter dans une séance ultérieure. M. Peyron trouvant les *travaux faits* ou a peu près, comprit ce qu'avait d'irrégulier une telle situation, qui l'exposait à un nouveau blâme de son fameux Conseil de surveillance. De retour au chef-lieu, il manifesta son mécontentement, dans des termes très vifs, à son secrétaire général, M. Brelet, qui le plaçait vis-à-vis du Conseil de surveillance, dans des conditions aussi déplorables. M. Brelet après avoir fait tomber sa colère sur l'architecte qui lui riposta qu'il n'avait fait qu'obéir à ses ordres, réfléchit à détourner l'orage et à ne pas s'exposer à une révocation méritée. Dans la soirée, il se rendit chez l'un de ses défenseurs au Conseil de surveillance, M. X.., lui exposa l'état de l'affaire et le pria de faire un rapport au Conseil de surveillance.

« Le 25 février, M. X... se rendait pour la première fois, à l'hôpital Saint-Louis, constatait avec l'architecte que les travaux seraient terminés dans quelques jours et, le lendemain 26 février, l'Administration, contrairement à l'ordre du jour autographié, transformait *sa communication en proposition;* M. X... faisait un rapport dans lequel il couvrait l'irrégularité commise, affirmait qu'il n'y avait pas eu de dépenses effectuées, et concluait qu'il n'y avait qu'à voter les faibles ressources dont on demandait l'allocation.

« En résumé : 1° le secrétaire général de l'assistance publique a fait exécuter des travaux non pour une somme minime, mais pour 8 à 10.000 francs (1), sans l'avis préalable du Conseil de surveillance. Celui-ci a accepté, sans protestations, cette nouvelle irrégularité, qui autorise l'administration à se passer de son avis dans l'avenir. 2° Les dépenses ont été faites d'une façon irrégulière... .. »

Nous avons vérifié l'exactitude complète de ce récit et nous avons constaté de nos yeux, en compagnie de l'un des membres du Conseil de surveillance, M. Goupy, que, avant le vote de ce Conseil, les travaux étaient presque entièrement terminés. Nous avons vu que le Conseil de surveillance avait accepté, sans mot dire, l'étrange façon de procéder du secrétaire général de l'Assistance publique. Nous n'avons pas à insister. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le Conseil municipal dont les actes intéressent tous les citoyens. Si le Conseil municipal veut se faire respecter, il fera bien de ne pas tolérer plus longtemps de tels agissements et d'exiger que les fonctionnaires qui s'en rendent coupables disparaissent au plus tôt de l'Administration.

Si nous examinons maintenant cette création au point de vue de l'hygiène, nous voyons qu'elle est tout à fait défectueuse. En effet, le *demi-pensionnat*, excellent quand il s'agit d'enfants rachitiques, difformes, atteints d'affections scrofuleuses des os et des articulations — ainsi qu'il fonctionne à Milan sous la direction de M. le professeur Pini, à Turin sous la direction de M. le professeur Gamba (2), — nous semble offrir de graves inconvénients pour des enfants affectés d'une *maladie contagieuse* comme la teigne. C'est en pareil cas que l'hospitalisation, que l'isolement sont absolument indispensables. A la sortie du demi-pensionnat, où iront les enfants teigneux? S'amuser avec leurs camarades, sains. A la maison, ils joueront avec leurs frères, coucheront avec eux, se serviront des mêmes objets de toilette, etc., etc. Et la teigne se propagera tout aussi bien qu'aujourd'hui !

D'ailleurs, M. Robinet paraît s'être rendu un compte très exact de la situation, car, n'espérant pas sans doute de bons résultats du demi-pensionnat, il a déposé au Conseil municipal « une proposition tendant à créer UN *hôpital* pour les enfants teigneux, proposition qui, sur un rapport de M. Navarre, a été renvoyée à l'Administration pour étude préalable (1).

Cette proposition, préférable à la nouvelle institution, ne doit pas être acceptée. Un hôpital spécial consacré aux teigneux, pour toute la ville, obligerait les familles à des dépenses, à des pertes de temps inutiles. Il ne faut jamais perdre de vue que l'on doit assister les malheureux le plus près possible de leur domicile. C'est pour cela que nous croyons beaucoup plus avantageux de maintenir les services spéciaux des Enfants-Malades, de Trousseau, de Saint-Louis et les compléter en organisant un service spécial dans l'hôpital d'enfants dont le Conseil municipal a demandé la création au nord de Paris, aux environs de l'hôpital Bichat. Ce troisième hôpital d'enfants est indispensable. Il desservira une circonscription ouvrière très importante, dont les mères de famille ne seront plus obligées de traverser tout Paris pour aller soit aux Enfants-Malades, soit à Trousseau, conduire leurs enfants, semant parfois la contagion à travers toute la ville. Cet hôpital, composé d'un service de chirurgie, d'un ou deux services de médecine, d'un service de maladies contagieuses *parfaitement isolé*, entouré d'arbres, et d'un service bien organisé de traitement externe, avec délivrance de bains, de douches et de médicaments, mérite d'attirer sérieusement l'attention et du Conseil municipal et de l'Administration.

(1) D'après le rapport de M. Robinet la dépense est de 14,565 fr.

(2) Nous avons fait valoir toutes les raisons qui plaident en faveur du demi-pensionnat pour cette catégorie d'enfants malades dans notre rapport sur la construction de deux Instituts pour les enfants rachitiques (1883).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 juillet 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. L. GARNIER étudie le *rôle physiologique du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique*. Il est difficile d'expliquer par une simple action physique le passage de l'acide carbonique du sang veineux dans l'atmosphère des alvéoles : ce dégagement serait, au contraire, facile à comprendre si une action chimique intervenait pour le provoquer. Or, les expériences de M. Garnier semblent montrer qu'il existe dans le tissu pulmonaire un corps à fonction acide, différant de la Taurine, capable de décomposer les combinaisons carboniquès du sang veineux et de mettre en liberté le gaz acide carbonique.

M. L. ANDRIEU donne la description d'un *chromatomètre* destiné à mesurer la couleur des liquides.

M. PENNETIER recherche, depuis 1872, *la limite de résistance vitale des Anguillules de la nielle*. Il conclut de ses observations que ces Anguillules, conservées et traitées dans des conditions déterminées, gardent pendant quatorze années la faculté de reviviscence, mais qu'elles ne dépassent pas cette limite.

MM. CHARBONNEL-SALLE et PHISALIX communiquent les résultats de leurs travaux sur *la sécrétion lactée du jabot des pigeons en incubation*. En dehors de la finalité phy-

(1) Séance du 30 juillet (*Bulletin municipal* du 31 juillet, p. 1819).

© BIU Santé

siologique aucun des caractères anatomiques et chimiques de cette production épithéliale n'autorise à la comparer à la sécrétion lactée des mammifères.

M. G. Saint-Rémy décrit la structure du *cerveau des Myriapodes*. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 juillet 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Ch. Féré rapporte des expériences dont il ressort que l'excitation intense du sens chromatique développe ce sens. C'est ainsi que l'exposition aux rayons rouges peut réveiller la vision du violet, ou du moins augmenter la sensibilité différentielle des couleurs. En même temps que la sensibilité et l'excitation colorées, se développent l'acuité visuelle, le champ visuel et la sensibilité tégumentaire de l'œil. C'est d'ailleurs un fait sur lequel M. Féré a déjà appelé l'attention. Lorsque cette excitation œsthésiogène est trop intense ou trop prolongée, la sensibilité de l'œil s'épuise, la vision des couleurs devient moins distincte, l'acuité visuelle diminue,de même que le champ visuel et la sensibilité tégumentaire. Cet épuisement peut aller jusqu'à l'amaurose. Chez les hystériques, l'excitation exagérée du sens de la vue peut donc déterminer une amaurose, qui peut encore résulter d'une excitation des nerfs orbitaires, comme M. Féré en a cité récemment un exemple. D'autre part, si des excitations visuelles appropriées peuvent augmenter la sensibilité visuelle, l'excitation des nerfs sus-orbitaires ou sous-orbitaires par les vibrations du diapason, par exemple, peut aussi ramener la sensibilité générale et spéciale de l'œil. Enfin, les représentations mentales de sensations colorées, les hallucinations rouges par exemple, sont capables aussi de développer la sensibilité générale et spéciale de l'œil tout comme les sensations réelles. Cette observation n'est pas sans intérêt au point de vue de l'hygiène intellectuelle; car elle ne s'applique pas seulement au sens de la vision, et elle montre que toute excitation intellectuelle est capable de modifier la sensibilité générale et spéciale.

Le même auteur fait une communication sur les modifications de volume des membres déterminées par des excitations sensitives ou sensorielles, ou par leurs représentations mentales, en rapport avec les phénomènes psychiques en général. Ces nouvelles recherches, faites aussi pour la plupart sur des hystériques, sont le complément et la confirmation des résultats précédemment annoncés par l'auteur relativement aux modifications dynamiques qui se produisent dans les mêmes circonstances. Les excitations modérées produisent une augmentation de volume des membres, coïncidant avec une augmentation de la sensibilité et de la force musculaire. Les excitations plus fortes exagèrent les mêmes phénomènes qui sont suivis d'une dépression proportionnelle à l'excitation. Les excitations très fortes produisent une dépression d'emblée à la fois de la force musculaire, de la sensibilité et du volume du membre Les tracés pléthismographiques fournis pendant le transfert chez les hystériques sont très démonstratifs pour établir le rapport qui existe entre la force musculaire, la sensibilité et la quantité de sang contenue dans les membres : si les piqûres saignent du côté précédemment anesthésique après l'application de l'aimant,c'est que le sang est venu en plus grande abondance. Les modifications de la température et de la résistance électrique que l'on voit dans les mêmes circonstances, s'expliquent par le même fait. M. Féré pense que les quelques contradictions qui existent entre certaines expériences de Mosos et les siennes ne sont qu'apparentes; elles peuvent s'expliquer par la différence de nature des excitations et par les variétés individuelles des sujets. D'après M. Féré, toutes les émotions dépressives, comme la peur, la souffrance en général, s'accompagnent d'une diminution de volume du membre et d'une atténuation fonctionnelle; toutes les émotions excitantes, le plaisir en général, coïncident avec un plus grand afflux de sang et une exagération des fonctions motrices et sensorielles. L'auteur pense qu'il existe une relation constante entre la valeur mécanique de l'excitant et la réaction produite. C'est ainsi que les excitations sonores et lumineuses produisent des effets qui paraissent en rapport avec le nombre et l'étendue des vibrations. Les différentes couleurs, par exemple, produisent des variations dynamiques et volumétriques qui augmentent en intensité du violet au rouge. Sous l'influence de la lumière rouge, il se produit un afflux de sang considérable dans les membres. Ces résultats, mis en évidence pour la première fois chez l'homme, paraissent en rapport avec les anciennes expériences de M. G. Pouchet,qui a montré que certains crustacés changent de couleur suivant l'éclairage du milieu où ils vivent. On a cité des modifications analogues chez les poissons aveugles ; les différences de milieu pourraient peut-être aussi expliquer les différences de coloration du tégument chez l'homme.

M. Féré pense que les modifications de la circulation en rapport avec les manifestations psychiques peuvent être utilisées pour mettre en évidence les hallucinations ou les impulsions chez les aliénés qui dissimulent ; il a déjà observé plusieurs faits en faveur de cette opinion ; le dynamographe et le plethismographe devraient, d'après lui, fournir des éléments précieux à une phrénométrie scientifique.

M. Mendelsonn complète ses précédentes communications sur le *courant nerveux axial*.

M. M. Duval présente un microscope photographique de Fayet (de Caen).

M. G. H. Roger communique le résultat de quelques expériences faites au laboratoire de M. Bouchard et confirmatives de ses précédentes recherches sur le rôle du foie dans les intoxications. Quand on injecte par le système porte un alcaloïde, on voit la toxicité diminuer notablement; pour le quinine, elle tombe de 0,06 à 0,16 ; pour la morphine de 0,35 à 0,68; pour l'atropine, de 0,042 à 0,192 ; pour le curare,de 0,002 à 0,006. De même,la peptone n'est plus toxique qu'à la dose de 4 gr. 05 au lieu de 1 gr. 05. Parmi les substances minérales, le foie laisse passer les sels de potasse et de soude, il retient le carbonate d'ammoniaque, mais non le chlorhydrate; enfin, il est sans action sur l'acétone et la glycérine; il arrête 1/4 de l'alcool éthylique.

M. Gréhant expose un dispositif spécial qui lui a permis d'étudier la *respiration des animaux aquatiques*.

M. Quinquaud dit qu'on éprouve une grande difficulté à doser la glycose au moyen des liqueurs titrées. Il a employé une nouvelle méthode qui lui a donné d'excellents résultats pour le dosage du sucre dans le sang.

M. Gregoresco dépose un deuxième mémoire sur la *circulation de la rate*.

M. P. Sébileau fait une communication sur les complications cardiaques qu'il a observées dans le service de M. Terrillon, chez certaines malades atteintes de tumeurs volumineuses de l'abdomen. Il n'a pas constaté les troubles primitifs du cœur droit récemment décrits et interprétés par Rose (de Zurich). Il insiste surtout sur les troubles du cœur gauche ; ce sont les plus fréquents, et ceux du cœur droit seraient secondaires. Ces lésions du cœur gauche sont constituées, suivant les cas, par de l'hypertrophie ou de la dilatation ; états qui marquent du reste une période différente dans l'évolution de l'affection. Ils peuvent, néanmoins, coexister. L'hypertrophie se traduit par des symptômes difficilement appréciables, étant donné le refoulement du diaphragme par la tumeur et l'obstacle qui est ainsi apporté à une percussion judicieuse. Il n'a jamais observé de bruits de galop. La dilatation se traduit par une insuffisance mitrale.

L'auteur discute alors la valeur des six interprétations qui se présentent. Il conclut que l'augmentation de pression est la condition *sine qua non* de la production de ces lésions cardiaques. Parlant ensuite de la proportion dans laquelle les différentes tumeurs de l'abdomen produisent des troubles fonctionnels du cœur gauche, il ne croit pas qu'on puisse encore formuler une loi. Comme ces troubles n'ont pas encore été décrits, les observations sont

© BIU Santé

trop peu nombreuses. Toutefois, la résistance des tumeurs, leur vascularisation, leur nature utérine, semblent favoriser surtout leur apparition.

Le présentateur termine en indiquant la marche de ces altérations fonctionnelles, leur importance dans les cas d'intervention ou de non-intervention et les caractères différentiels qui les séparent des autres bruits cardiaques ou extra-cardiaques. Il se réserve d'ailleurs de revenir ultérieurement sur cette intéressante question.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 août. — PRÉSIDENCE DE M. U. TRÉLAT.

M. BLOT, afin de répondre à M. le ministre de l'instruction publique, sur des questions relatives à la vaccination, propose de lui faire connaître les résultats suivants : A savoir que tous les ans l'Académie fait de 3 à 4,000 vaccinations et 1,000 revaccinations, qu'elle distribue 11,000 plaques de vaccin, 2,700 tubes et 3,000 lancettes chargées. Les succès se répartissent ainsi : 99 0/0 avec les vaccinations de bras à bras, 85 à 89 0/0 avec le vaccin en tube. L'Académie profite de la circonstance pour émettre le vœu que des centres vaccinogènes soient créés et principalement dans les villes maritimes.

M. PÉCHOLIER fait une communication sur *la jugulation de la fièvre typhoïde*. Son procédé consiste à administrer tous les jours au malade de 1 gramme à 1 gramme 20 de sulfate de quinine. Soixante-cinq observations viennent à l'appui de cette opinion.

M. BERGERON donne lecture de nouvelles conclusions que l'Académie, après la discussion qui a eu lieu sur le vinage, a cru devoir adopter :

« L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins telle qu'elle se pratique aujourd'hui avec les alcools industriels ; mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport ou de conservation, on peut autoriser le sucrage des moults, à la condition de se servir des sucres cristallisés.

« 2° Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés.

« 3° L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool. Parmi ces mesures, elle signale la création de laboratoires annexés aux bureaux de douane ouverts à l'importation des vins étrangers.

« 4° Les alcools dits *supérieurs* augmentant dans une forte proportion les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à la fabrication des liqueurs soient absolument purs.

« 5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. »

M. VERNEUIL, après avoir rappelé qu'il avait été amené, à propos d'une petite épidémie de fièvre puerpérale, en apparence spontanée, à émettre cette opinion : que la maladie avait reçu d'elle-même par auto-inoculation l'agent infectieux, et que nous pouvions porter sur nous des germes morbides capables de ne produire leurs désastreux effets qu'au bout d'un temps fort long et dans des conditions particulières, reprend aujourd'hui cette question et définit le sens sous lequel on doit entendre ce qu'il appelle le *microbisme latent*.

Un premier fait s'impose, c'est que chacun de nous, tout en présentant les attributs de la plus parfaite santé, loge un certain nombre de microbes de divers genres et de diverses dimensions ; le doute n'est pas permis pour des parasites comme le tænia, les lombrics, les hydatives, les cysticerques ; peut-être même y a-t-il un microbe nécessaire, ou tout au moins *auxiliaire*, destiné à faciliter la digestion intestinale et occupant constamment l'intestin ; enfin les microbes pathogènes sont mis journellement hors de doute. Or, ces derniers microbes, si nocifs qu'ils paraissent être (témoin le charbon, la fièvre puerpérale, la septicémie), peuvent nous pénétrer, rester en nous, sans révéler leur présence ; c'est ce que M. Verneuil appelle la *latence microbique*. Il cite, à l'appui de cette idée, un certain nombre d'exemples. Le furoncle et l'anthrax, nés d'une friction, d'un vésicatoire, l'érysipèle, dont le microbe séjourne longtemps inactif dans les narines, les oreilles, le cuir chevelu ; mais cette latence a un terme ; viennent un traumatisme, une disposition organique particulière et l'endormi se réveille avec toutes ses qualités nocives. Mais il y a plus, et M. Verneuil répond affirmativement à la question de M. Cornil, qui demandait : « Si des bactéries pathogènes, c'est-à-dire nocives et productrices de maladies déterminées, peuvent devenir inoffensives. » Ainsi, dans la vie de tous ses microbes, il y aurait des phases, des moments neutres, des alternatives de nocuité et d'innocuité, de combat et de trêve ; ainsi s'expliqueraient les retours des maladies infectieuses, les rechutes et les récidives. Tous les points du corps sont exposés à l'invasion de ces microbes, mais il y a des lieux d'élection, telles que la surface cutanée, les cavités muqueuses en communication avec l'atmosphère, les foyers pathologiques divers ; au contraire, les vaisseaux, les cavités closes ne sont que rarement envahis. En réalité, nous sommes tous microbifères, mais nous ne le sommes pas tous au même degré ; il y a des différences dépendant du moment, de l'âge et des conditions soit normales, soit pathologiques ; les variétés individuelles sont innombrables : quelques-unes sont connues, mais le plus grand nombre reste à déterminer. A cet égard, M. Verneuil distingue les individus en plusieurs catégories : 1° les sujets sains ; 2° les sujets bien portants, issus de parents sains ; 3° les sujets bien portants, issus de parents atteints d'une maladie microbique ; 4° les sujets bien portants, mais antérieurement atteints d'une maladie microbique ; 5° les sujets en convalescence de microbopathies ; 6° les sujets actuellement atteints de microbopathies.

M. Verneuil ajoute, en terminant, que cette théorie du *microbisme latent* comble un des desiderata de la pathologie générale ; elle renverse définitivement la doctrine de la spontanéité en nous donnant la clef des cas où l'on ne parvient pas à prendre le microbe en flagrant délit. En formulant cette proposition : « Que l'organisme peut renfermer en lui les germes morbides, mais à la condition de les avoir reçus, et sans jamais les avoir créés, » l'entente peut se faire entre les spontanéités et les hétérogénistes ; l'étiologie des maladies, leur pathogénie, se trouve simplifiée et les chirurgiens trouveront dans cette même théorie des applications pratiques qui les mettront à l'abri des redoutables complications des plaies ouvertes et leur donneront ainsi la confiance dans les procédés thérapeutiques et la sécurité dans leurs interventions. A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

12. Pleuro-pneumonie fibrineuse du cobaye, du lapin, de la souris, du rat, après inoculation des produits d'une endocardite végétante rencontrée chez une malade atteinte de pneumonie lobaire. — Contribution à l'étude du pneumonocoque ; par NETTER, chef de clinique à la Pitié.

Le microcoque pneumonique a été isolé, cultivé ; à l'aide des cultures, on a pu reproduire des pneumonies fibrineuses dans différentes espèces animales. Il semble dès lors que rien ne reste plus à découvrir, que la démonstration de Friedländer soit aussi complète que celle de Koch pour la tuberculose. Mais si l'on va un peu plus au fond, des difficultés sérieuses apparaissent. Friedländer, avec son pneumonocoque, donne des pleuro-pneumonies à la souris, au cobaye, au chien ; son microbe est inactif vis-à-vis du lapin. — Talamon, qui cependant est disposé à identifier son microcoque lancéolé au pneumonocoque encapsulé de Friedländer, donne la pneumonie au lapin, ne déter-

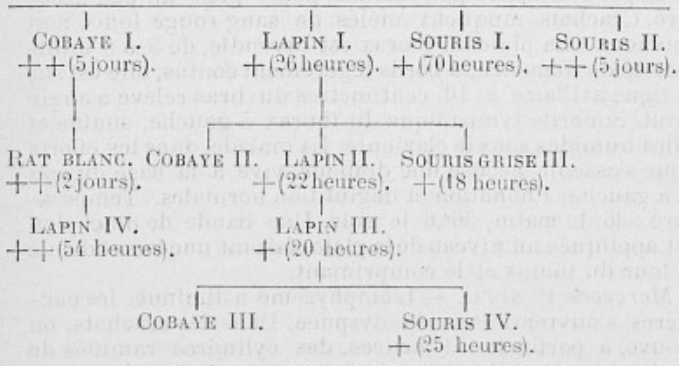
© BIU Santé

mine pas de maladie chez le cobaye. — Fränkel, de son côté, donne la pneumonie au lapin. Etant donnée la valeur de ces divers observateurs, on a voulu concilier ces deux assertions et l'on accepte couramment qu'il y a dans la pneumonie deux microbes, l'un pathogène pour le lapin, l'autre pour le cobaye. Pour justifier pareil éclectisme, on invoque les recherches d'Ogston et Rosenbach, qui nous ont fait reconnaître dans la suppuration la présence simultanée de deux et peut-être trois organismes. Mais les caractères morphologiques du streptocoque et du staphylocoque sont différents, tandis que ceux des deux pneumonocoques seraient les mêmes. D'autre part, les milieux de culture, les conditions de température ne sont pas les mêmes chez Friedländer, Talamon et Fränkel. Il se pourrait que ces deux conditions fussent suffisantes à expliquer les divergences.

Les observations suivantes, que nous extrayons d'un travail en cours de préparation sur cette question, nous paraissent conduire à l'unité du microbe pneumonique.

Voici quel a été notre point de départ. A l'autopsie d'une pneumonique dont M. Besançon a rapporté l'histoire à la Société anatomique le 2 avril 1886, nous constatons une endocardite végétante prédominant à l'orifice mitral. Cette végétation fourmille de pneumonocoques, sans mélange apparent d'autres micro-organismes. Nous battons dans notre urine fraîchement émise un fragment de la végétation et nous injectons une goutte du liquide dans la plèvre droite de quatre animaux : Lapin, cobaye, 2 souris blanches.

Le tableau ci-joint expose la série de nos inoculations ; le signe + indique la mort de l'animal sans pneumonie, celui-ci ++ la mort avec pneumonie.



Ainsi nos inoculations ont été faites à douze animaux : 4 lapins, 3 cobayes, 4 souris, 1 rat blanc. Deux de ces cobayes II et III sont encore en vie. Nous y reviendrons. Tous les autres animaux sont morts. Chez 4, nous avons trouvé à l'autopsie une pleuro-pneumonie double, souvent accompagnée de péricardite fibrineuse. Ce sont les cobaye n° I, souris II, rat blanc, lapin IV. Chez ces animaux, la mort est survenue plus de 48 heures après l'inoculation.

Il y a de plus à noter dans ces quatre cas : une turgescence remarquable de la rate qui distend la capsule ; il est de règle que des hémorrhagies se soient faites dans le parenchyme splénique. Une altération du sang, il a une teinte vineuse ; le sérum est chargé d'hémoglobine. Un grand nombre de globules (les rouges) ont été détruits. Cette dissolution du sang n'empêche pas de trouver des caillots fibrineux dans l'aorte et l'artère pulmonaire.

L'*examen microscopique* montre des organismes ovoïdes ordinairement unis 2 à 2, munis d'une capsule. Cette capsule, après l'emploi d'eau acidulée, présente une coloration plus pâle que celle du grain contenu. Il y a une identité complète entre ces apparences et les dessins de Friedländer. Les micro-organismes existent dans les exsudats fibrineux, dans le parenchyme hépatisé. On les trouve en quantité énorme dans le sang. Ils sont très nombreux dans la rate. Ils existent dans les autres viscères, mais en moindre proportion. Chez le cobaye n° I, nous avons constaté leur présence dans le placenta et chez les embryons.

La mort des animaux qui succombèrent avant 48 heures était également due au pneumonocoque qui se trouvait en quantité très abondante, et avec les mêmes caractères, dans le sang, dans la rate, dans la sérosité pleurale péricardique et péritonéale. Dans ces cas, la mort survient par infection générale. Le sang, la rate ont les mêmes caractères macroscopiques que chez les animaux morts avec pneumonie. Chez les lapins, nous avons observé de plus une altération notable des ganglions mésentériques qui sont plus que triplés de volume. Ces ganglions sont rouges et gorgés de suc. Cette altération des ganglions mésentériques était évidente aussi chez des souris blanches. Chez le rat et les souris, nous avons aussi été frappé par la tuméfaction et le ramollissement du thymus. La mort, chez ces animaux, est survenue trop vite pour que les altérations pulmonaires aient eu le temps de se produire. L'un des lapins, n° III, a succombé avec les mêmes désordres, alors que l'inoculation a été faite sous la peau.

De ces inoculations il résulte, à n'en pas douter, que : 1° La végétation cardiaque renfermait des organismes capables de déterminer des pleuro-pneumonies chez le lapin, la souris, le rat, le cobaye. Dans les cas où la mort est trop rapide, l'animal meurt par infection, sans désordres locaux. — Talamon, Friedländer ont vu des fait analogues. Mais nous prétendons inférer de plus que : 2° Un seul et même organisme amène la pleuro-pneumonie dans les quatre espèces animales. En effet, l'organisme qui tue le cobaye a tué le lapin n° IV. Le cobaye I a été inoculé dans la plèvre droite avec la végétation, le rat blanc dans la plèvre droite avec le fluide pleurétique du cobaye, le lapin IV dans la plèvre droite avec l'exsudat pleurétique du rat. — L'injection chez le lapin a été faite le 10. Celle du cobaye le 1er avril. L'organisme qui tue le lapin est pathogène pour le cobaye. Les cobayes II et III vivent encore. Mais une ponction dans la plèvre gauche a permis de retirer un liquide fibrineux, mêlé de sang, dans lequel nous avons retrouvé des pneumonocoques. Le cobaye III a été inoculé dans la plèvre droite le 4 avril avec le sang du lapin III. Le lapin III a été inoculé sous la peau avec le sang du lapin II ; le lapin II, dans la plèvre droite avec le sang du lapin n° II.

Cobaye n° I. — Le 1er avril, inoculation dans la plèvre droite. L'animal est mort le 6 avril au matin. Il y a dans les deux plèvres un épanchement notable. Le liquide, dont la quantité totale est de quelques grammes, est transparent. Abandonné à lui-même, il se prend en masse. A la longue, le caillot fibrineux se rétracte. Il y a les mêmes modifications que dans le liquide retiré par la thoracentèse dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse de l'homme. Les deux feuillets pleuraux sont recouverts d'une fausse membrane blanc-jaunâtre, épaisse, ressemblant assez à de la ouate qui aurait été infiltrée de liquide. C'est encore la même apparence que celle qu'on trouve dans les cas de pleuro-pneumonie humaine. Sur certains points, les deux fausses membranes pariétale et viscérale sont réunies. La partie antérieure de tous les lobes des deux poumons est bleuâtre ; elle ne crépite plus. Les fragments enfoncent sous l'eau. La coupe rappelle celle de la chair. Il s'en écoule un liquide visqueux. Le bord postérieur des poumons est aéré dans les lobes moyen et inférieur. Dans les grosses bronches, on ne trouve rien d'anormal. A la surface du cœur, mince exsudat fibrineux. Sang lie de vin, dissous. Rate plus grosse, turgescente. Liquide sanguinolent dans la corne utérine gauche. Cinq gâteaux placentaires dans lesquels se sont faites des hémorrhagies. Quatre embryons. Nous constatons des pneumonocoques dans : 1° Plèvre gauche ; 2° plèvre droite ; 3° poumon ; 4° sang du cœur ; 5° rate ; 6° péritoine ; 7° corne utérine ; 8° placenta ; 9° embryon.

Lapin n° I. — Le 1er avril, inoculation dans la plèvre droite. Mort au bout de 20 heures. — A l'autopsie, rate turgescente, hémorrhagies, sang dissous, ganglions mésentériques tuméfiés, ramollis, succulents. Poumons congestionnés. Dans les deux plèvres, un peu de sérosité visqueuse, rougeâtre. Constatation des pneumonocoques

© BIU Santé

encapsulés, dans : 1° Sang ventricule gauche; 2° plèvre droite; 3° plèvre gauche; 4° rate; 5° rein; 6° poumon; 7° ganglion mésentérique.

Lapin IV. — Le 11 avril, inoculation dans la plèvre droite avec liquide pleurétique du rat blanc conservé depuis 72 heures dans un tube à vaccin. Le 12 à dix heures du matin, je constate dans le sang de l'oreille de ce lapin des diplocoques ovoïdes mobiles, identiques à ceux vus chez le lapin I. L'animal meurt à 3 heures 50 de l'après-midi. — A la surface des deux plèvres, mais surtout à droite, plaques fibrineuses d'un blanc opaque, molles, sans adhérence avec les tissus sous-jacents. Faible quantité de sérosité des deux côtés. L'exsudat existe sur la plèvre viscérale, péricardique, costale et diaphragmatique. Pas de fausse membrane dans le péricarde. En revanche, fausses membranes dans le péritoine. Elles sont surtout notables à la partie supérieure; mais on les trouve aussi à la surface des intestins. Ces fausses membranes ont une identité absolue de forme et de structure avec celles que l'on trouve dans certains cas de péritonite à marche aiguë de l'homme. Au niveau du lobe inférieur du poumon droit, noyau gros comme une grosse cerise. A la surface, exsudat fibrineux plus épais; le noyau ne crépite pas, enfonce sous l'eau. La coupe est finement granuleuse. Sa couleur est grise au centre, rouge à la périphérie. La rate est turgescente, la capsule distendue. Les ganglions mésentériques, au moins triplés, rouges, succulents. Le sang est lie de vin dissous. Microcoques lancéolés, encapsulés, très beaux dans : 1° poumon droit; 2° plèvre droite; 3° plèvre gauche; 4° sérosité du péricarde; 5° fausse membrane péritonitique; 6° sang du cœur; 7° rate; 8° ganglion mésentérique. Dans les coupes du noyau pneumonique, on trouve quantité de pneumonocoques libres ou contenus dans des cellules.

13. Absence congénitale du rein gauche; par M. Albert Cayla, interne des hôpitaux.

Les pièces que je présente ont été recueillies sur un enfant d'un an entré dans le service pour une volumineuse hernie inguinale droite congénitale, et mort de bronchopneumonie. Nous ne dirons rien des lésions pulmonaires absolument classiques.

A l'ouverture de l'abdomen, on remarque tout d'abord un certain désordre dans la disposition des anses intestinales. Le cœcum, son appendice et une partie de la portion terminale de l'intestin grêle ont passé dans le scrotum par un orifice qui a les dimensions d'une pièce d'un franc. La séreuse abdominale se continue avec celle du sac dont le contenu est exclusivement formé par le cœcum, l'intestin grêle sans épiploon.

Au travers de la séreuse, on aperçoit par transparence, à la face postérieure du sac, les éléments du cordon. En les suivant on est conduit jusqu'à la partie inférieure des bourses où se trouve le testicule. La glande est contenue dans une cavité séreuse, distincte de celle du sac herniaire. A gauche, il n'y a pas de hernie; l'anneau est fermé, le testicule occupe la cavité des bourses.

Les intestins enlevés, on remarque aussitôt que le rein gauche manque. Le rein droit est volumineux, il occupe sa situation normale, sa forme est régulière. Il pèse 60 grammes, et mesure 9 centimètres de longueur sur 4 1/2 de largeur. Le bassinet et l'uretère sont dilatés, les parois sont amincies, il mesure 1 centimètre 8 de circonférence. La capsule surrénale occupe sa situation normale à l'extrémité supérieure du rein. Celle du côté gauche où manque le rein occupe également sa place habituelle. Le rein présente l'état lobulé que l'on observe chez les tout jeunes enfants, mais aucune scissure profonde qui laisserait croire que sa masse a été formée par l'accolement de deux reins primitivement séparés. L'uretère est unique jusqu'à son embouchure dans la vessie, dans tout son trajet il est dilaté.

L'examen de la face interne de la vessie ne permet de reconnaître que deux orifices, celui de l'urèthre et celui de l'uretère droit. D'autre part, la disposition du système vasculaire démontre aussi que l'hypothèse de l'existence primitive de deux reins ultérieurement réunis ne saurait être admise. Il n'existe en effet sur l'aorte qu'une artère rénale, la droite; sur la veine cave, que la veine rénale du même côté. Ainsi donc la situation du rein, l'état du système vasculaire et des canaux excréteurs de l'urine tendent à prouver qu'il s'agit, dans le cas que nous présentons, d'une absence congénitale du rein gauche et non pas d'un rein unique.

En dehors de la hernie inguinale droite, et d'une petite hernie ombilicale, il ne nous a pas été donné de trouver aucune autre malformation organique.

14. Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu; par Armand Lefèvre, interne des hôpitaux.

La nommée S... Julie, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital de la Charité le lundi 30 mars, dans le service du Dr Després, salle Sainte-Rose, n° 18.

Elle a été frappée, à 6 heures du soir, d'une balle de revolver de petit calibre (cal. 7). A rendu immédiatement et à plusieurs reprises par expectoration des caillots sanguins volumineux. On constate la plaie d'entrée à la paroi thoracique au-dessous de l'aisselle gauche; elle donne issue à une petite quantité de sang s'écoulant goutte à goutte d'une façon continue. Tentative d'occlusion avec le coliodion et la baudruche. Dyspnée légère. Vers 9 heures du soir, on trouve à la partie gauche de la base du cou un début d'emphysème sous-cutané.

Mardi 31. — L'emphysème sous-cutané s'est étendu; il envahit le cou, qui est élargi au point d'effacer les saillies du menton et du sternum, la face où il donne lieu à l'occlusion des paupières. En bas, il s'étend sur le thorax, les bras et la paroi abdominale à sa partie supérieure. Pâleur de la peau, dyspnée peu intense, pouls petit un peu accéléré. Crachats muqueux mêlés de sang rouge foncé non spumeux. La plaie du thorax est arrondie, de 5 à 6 millimètres de diamètre, à bords légèrement contus, elle est sur la ligne axillaire à 10 centimètres du bras relevé à angle droit. Sonorité tympanique du thorax à gauche, souffle et râles humides sous la clavicule. La malade, dans les efforts pour s'asseoir, accuse une douleur vive à la base du cou et à gauche. Phonation et déglutition normales. Température : 36° le matin, 36°,6 le soir. Une bande de diachylon est appliquée au niveau de la plaie, faisant une fois et demie le tour du thorax et le comprimant.

Mercredi 1er avril. — L'emphysème a diminué, les paupières s'ouvrent. Peu de dyspnée. Dans les crachats, on trouve, à partir de 11 heures, des cylindres ramifiés de fibrine blanche, élastique et résistante; ces crachats sont muqueux et ne contiennent que quelques filets de sang pur. Matité du thorax à gauche et en arrière, matité en avant à la partie inférieure. Sonorité tympanique sous la clavicule. La toux est provoquée par les moindres déplacements. Température : 38° le matin, 38°,3 le soir.

Jeudi 2. — L'emphysème, qui avait quitté presque entièrement le cou et la face, a reparu à la partie inférieure du cou à la suite de quelques quintes de toux. Pas de douleur du côté de la plaie, la malade se plaint de douleurs dans le côté droit du thorax. Expectoration de moules fibrineux : quelques crachats liquides teintés de sang. Dyspnée légère, cœur régulier.

Vendredi 3. — A huit heures du matin, la dyspnée a augmenté. A dix heures, les pommettes sont violacées, la respiration accélérée, l'inspiration brève. Le pouls est petit, fréquent, incomptable, le cœur est irrégulier, bondissant. Saignée de 200 grammes au bras droit. La cyanose se prononce, les extrémités se refroidissent, l'anxiété précordiale est intense, l'intelligence intacte. A midi, syncope mortelle.

Autopsie : Le poumon gauche est rétracté incomplètement. La cavité pleurale de ce côté est remplie d'air et d'un épanchement de sang liquide avec caillots noirs dont la quantité peut être évaluée à un litre et demi. La plèvre est saine et ne présente ni dépoli ni injection.

A sa paroi externe on trouve un orifice de quelques mil-

© BIU Santé

limètres de diamètre entre la 4e et la 5e côte. Le sommet du poumon est traversé de bas en haut et de dehors en dedans. Les deux extrémités du trajet intra-pulmonaire, l'une à la face externe, l'autre près du sommet, sont fermées par des adhérences et ne laissent pénétrer la sonde cannelée que par effraction. Le trajet se présente sous forme d'un canal de quelques millimètres de diamètre, de 8 centimètres de long, rempli de caillots sanguins cruoriques et limité par une couche de 1 à 2 millimètres d'épaisseur où le tissu pulmonaire est infiltré de sang. Le reste du poumon rétracté est sain et crépitant. Un autre orifice perfore la plèvre pariétale au niveau de son cul-de-sac supérieur immédiatement derrière la partie moyenne de la clavicule; on en voit partir une traînée ecchymotique traversant le tissu cellulaire du cou de bas en haut en se rapprochant de la ligne médiane; immédiatement au-dessus de la clavicule le trajet rencontre les veines sous-clavière et jugulaire interne qui, au milieu des tissus contus et ecchymotiques, paraissent perforées; il aborde ensuite l'angle formé en arrière par le lobe gauche du corps thyroïde et la trachée, traverse celle-ci à sa partie postéro-externe et pénètre dans le larynx entre le premier anneau de la trachée et le cartilage cricoïde. Vis-à-vis l'orifice d'entrée dans la trachée la muqueuse sous-glottique du larynx offre une déchirure ovalaire à grand axe longitudinal, à bords déchiquetés, et ne donnant accès dans aucun trajet. Le poumon droit, sain dans sa partie supérieure, est atélectasié dans son tiers inférieur; les bronches correspondantes sont remplies, à partir des divisions de 3e ordre, de fibrine en cylindres ramifiés moulés sur la paroi dont les sépare une mince couche de mucus.

Dans l'oreillette droite, caillot sanguin fibrineux à sa partie déclive. L'artère pulmonaire présente un caillot fibrineux du volume du petit doigt pénétrant d'un côté dans le ventricule droit, se prolongeant de l'autre par autant de ramifications dans les divisions de l'artère et présentant à sa surface l'empreinte des valvules sigmoïdes. Les bronches ouvertes jusqu'aux divisions d'un calibre de 3 à 4 millimètres ne présentent pas de corps étranger. L'œsophage, l'estomac, l'intestin ouverts dans toute leur longueur n'ont pu faire trouver la balle.

Nous sommes donc en présence d'une plaie par arme à feu à trajet insolite, la balle ayant pénétré par le côté gauche du thorax pour sortir dans le larynx, traversant son orifice supérieur en vertu de la force acquise et de là étant, ou bien déglutie, ou plutôt rejetée au dehors avec les premiers crachements de sang. Cette plaie a donné lieu à une hémorrhagie bronchique abondante dont le sang a envahi les ramifications les plus accessibles, celles de la partie inférieure du poumon droit, et s'est coagulé à ce niveau en donnant lieu à la formation de moules fibrineux qui sont apparus dans les crachats moins de 48 heures après l'accident. La disposition du trajet permet en outre de rétablir la position de la malade au moment où elle a été frappée : le bras gauche élevé, le tronc et la tête fortement inclinés à droite et la face tournée dans le même sens.

15. Tumeur cérébrale. — Hémorrhagie de la protubérance. — Tuberculose pulmonaire et laryngée; par J. Dabier, chef des travaux anatomiques à l'hôpital Saint-Louis.

Le nommé Rost..., âgé de 40 ans, est entré une première fois dans le service de M. le Prof[r] Fournier à la fin de l'année 1884 pour des accès d'épilepsie qui avaient été attribués à la syphilis cérébrale lors d'un séjour que le malade avait fait précédemment à l'hôpital Lariboisière. Il racontait en effet avoir eu dans sa jeunesse un chancre à la verge, suivi d'une éruption maculeuse sur le tronc et de l'apparition de plaques muqueuses dans la bouche. On lui administra le traitement antisyphilitique et il quitta le service au bout d'un mois environ sans avoir présenté aucun accès pendant son séjour, et promettant de continuer son traitement.

Il revint en août 1885 et cette fois on constata chez lui une hémiplégie gauche incomplète, outre ses accès épileptiformes qui avaient reparu avec une plus grande fréquence. Dès les premiers jours il en eut plusieurs et même quelquefois 2 à 3 dans une journée. Les convulsions affectaient le type de l'épilepsie vraie sans prédominer d'aucun côté du corps. La voix était altérée, très enrouée et le malade toussait un peu. A l'examen laryngoscopique on reconnut une ulcération siégeant sur la corde vocale droite.

Tous ces accidents furent rapportés à la syphilis et le traitement consista en pilules de Dupuytren et iodure de potassium à haute dose. Pendant les mois qui suivirent on vit l'hémiplégie se prononcer de plus en plus; il survint un certain degré de contracture concurremment avec une exagération des réflexes. La marche ne fut pourtant jamais complètement impossible. On n'observa à aucun moment des vertiges ou des vomissements. Les accès épileptiformes persistèrent et le 4 avril 1886 il en survint un dernier à la suite duquel le malade resta dans le coma jusqu'à sa mort qui eut lieu le lendemain. Je dois les renseignements cliniques qui précèdent à l'obligeance de mon collègue et ami Bruchet, chef de clinique de la Faculté.

Voici quels furent les faits relevés à l'autopsie : Homme vigoureux, fortement constitué, adiposité notable. A la face antérieure des jambes cicatrices nombreuses sans caractère. Calotte crânienne symétrique, de moyenne épaisseur, sans exostoses ni dépressions. Le reste du système osseux n'offre rien à noter. Les méninges sont absolument normales d'apparence, le liquide céphalorachidien est clair et peu abondant; on ne trouve aucune lésion des artères de la base. Le seul fait qui frappe en examinant la face inférieure de l'encéphale est un certain degré d'aplatissement de la protubérance annulaire; le pont de Varole ne présente pas la voussure habituelle. La face supéro-externe des hémisphères est normale. Aucune altération dans le quatrième ventricule. En pratiquant la section des pédoncules cérébraux pour détacher le mésencéphale, on trouve dans le pédoncule droit, immédiatement au-dessus du locus niger et en contact avec lui, un foyer hémorrhagique récent dont la coupe mesure environ 6 millimètres de largeur sur 3 de hauteur. Dans les coupes successives faites transversalement sur la protubérance, on voit le foyer hémorrhagique se rapprocher de la ligne médiane, prendre sur la coupe une forme triangulaire à sommet inférieur en conservant les mêmes dimensions et s'arrêter à 8 ou 10 millimètres du rebord inférieur de la protubérance. Ce foyer ne dépasse d'autre part que de quelques millimètres en haut le point où nous l'avons rencontré d'abord. Il ne mesure donc en tout guère plus d'un centimètre de longueur. C'est sans doute cette hémorrhagie récente qui a été la cause immédiate du coma ultime et de la mort.

Mais l'encéphale était en outre le siège d'une lésion plus importante. En séparant les deux hémisphères, on découvre à la face interne de l'hémisphère droit, au-dessous du lobule paracentral, une volumineuse tumeur qui atteint en bas le corps calleux qu'elle comprime un peu, à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs. Cette tumeur présente extérieurement l'aspect d'une plaque d'un gris rosé, à bords sinueux nettement limités et même un peu surélevés, d'une consistance ferme; elle mesure 4 centimètres en tous sens. A sa partie inférieure se trouve un nodule néoplasique gros comme une noisette qui s'étendait jusque dans l'hémisphère opposé en passant sous la faux du cerveau et qui a été atteint par le couteau. La coupe montre une coque charnue, d'un tissu ferme, contenant un magma puriforme. Les coupes transversales de l'hémisphère portant sur la circonvolution frontale et pariétale ascendantes rencontrent toutes deux la tumeur. On constate ainsi qu'elle est plus grosse qu'elle ne semblait, du volume d'un œuf de dinde ou même plus; qu'elle est lobulée, composée de nodules gros en moyenne comme une forte noisette; qu'elle a comprimé et remplacé la substance cérébrale au point de n'être séparée de la surface externe de l'hémisphère que par une couche épaisse de 8 millimètres au sommet des circonvolutions marginales. Cette tumeur comprimait donc notablement de dedans en dehors les centres moteurs de la région et les fibres de la subs-

© BIU Santé

tance blanche qui en partent. La coupe des lobules du néoplasme montre partout un tissu charnu plus ou moins dur, comprenant dans son intérieur des foyers caséeux importants, les uns secs et coriaces, d'autres ramollis et puriformes. — La pie-mère qui passe sur la face interne de l'hémisphère adhère intimement à la tumeur et ne peut en être arrachée.

L'examen des autres viscères ne révèle que des faits de moindre importance. On note aux poumons des adhérences très intimes des sommets avec la plèvre pariétale. On voit dans le parenchyme pulmonaire des travées de tissu fibreux répondant à des dépressions cicatricielles de la surface et contenant de petits tubercules caséeux anciens. Pas de granulations récentes. La muqueuse bronchique et trachéale est normale. Dans le larynx il existe sur la corde vocale inférieure droite une ulcération à fond grisâtre pouvant loger un haricot, qui s'étend jusque dans le ventricule du même côté. Au-dessous d'elle, c'est-à-dire sur la face inférieure du bourrelet vocal, se trouvent quatre ou cinq tubercules miliaires jaunes entourés d'une auréole rouge. Cœur de volume normal, surcharge graisseuse, pas de lésion d'orifice, myocarde peu puissant mesurant 8 millimètres sur un ventricule et 4 seulement sur l'autre. Le tube digestif, le foie, les reins et les organes génitaux ne présentent rien à noter. La vessie est très distendue et contient 1 1/2 litre d'urine.

Examen histologique de la tumeur cérébrale. — Sur les coupes de la tumeur on voit qu'elle est composée en majeure partie d'un tissu embryonnaire à cellules allongées, fusiformes, lequel est parsemé d'îlots de cellules rondes se colorant vivement par le carmin. Ce qu'on remarque tout d'abord et à un faible grossissement c'est la présence de nombreux points caséeux, ramollis ou non, qui souvent confluent en masses assez considérables, et sont entourés d'une zone de petites cellules rondes; d'autre part on est frappé de l'abondance extrême des cellules géantes qui sont disséminées, les unes autour des masses caséeuses, les autres isolément dans le tissu et le plus souvent entourées d'un cercle plus ou moins large de cellules embryonnaires. On a ainsi exactement l'aspect de follicules tuberculeux. D'autres follicules semblables ne contiennent pas de cellules géantes.

De petits vaisseaux pénètrent dans les zones caséeuses et dans les nodules embryonnaires; ils sont gorgés de sang, et n'offrent pas trace d'une inflammation oblitérante. Les plus gros vaisseaux sont envahis et ne sont plus reconnaissables qu'à la présence de leur membrane élastique interne laquelle contient du tissu néoplasique, avec follicules, cellules géantes, etc.

En somme, nous avions affaire à une gomme ou à un tubercule; en faveur de la gomme on pouvait citer l'état des vaisseaux, l'aspect fibreux à coupe sèche de portions importantes de la tumeur. Mais en faveur du tubercule venaient plaider l'abondance des cellules géantes, l'existence de follicules tuberculeux complets, et surtout la coexistence de tuberculose pulmonaire et laryngée. Enfin la présence de quelques bacilles, d'une rareté extrême il est vrai, puisque nous n'avons pu en trouver que 3 ou 4 sur une dizaine de coupes examinées, est venue démontrer la nature tuberculeuse de la tumeur.

16. Hygroma de la bourse olécrânienne; par And. Castex.

X..., employé de bureau, âgé de 50 ans, a toujours joui d'une assez bonne santé. Il n'a gardé le souvenir que de quelques douleurs rhumatismales. Dans les premiers jours du mois de février 1886, il se contusionna assez fortement la partie postérieure du coude gauche. Trois ou quatre jours après, il y constatait une petite saillie du volume d'une noix. Quelques applications de teinture d'iode restèrent sans effet. Je l'examinai six semaines après. La région olécrânienne était le siège d'une tuméfaction hémisphérique qui imposait immédiatement le diagnostic : hygroma.

Il était bien probable, et l'examen de la pièce l'a nettement établi, que l'affection existait de longue date et que le traumatisme survenu n'avait servi qu'à en révéler la présence. Le malade avait du reste l'habitude de s'appuyer avec son coude gauche sur son bureau.

Comme cette petite tumeur le gênait passablement et avait menacé, à plusieurs reprises, de s'enflammer, je lui proposai d'en faire l'ablation.

Après chloroformisation, je fis une incision verticale passant sur le milieu de la tumeur, et, dès que j'eus franchi la peau qui y adhérait dans le centre, je procédai attentivement à la dissection de l'une et l'autre lèvre de l'incision. La séparation fut d'abord laborieuse et incertaine, mais j'arrivai bientôt sur un plan celluleux grâce auquel il me fut facile de suivre les parois épaissies de l'hygroma. Je redoublai d'attention au voisinage de l'os pour éviter d'ouvrir les culs-de-sac synoviaux et l'hygroma fut entraîné, non sans avoir été ouvert au dernier moment par un coup de bistouri malheureux.

Je drainai la plaie, mis six points de suture, recouverts d'un pansement de Lister. Six jours après, la cicatrisation était complète, sans qu'il y eût eu la moindre suppuration.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait bien d'un hygroma olécrânien. Il contenait deux cuillerées à café environ d'un liquide transparent verdâtre et filant. La paroi mesurait 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Au voisinage du squelette, elle renfermait une plaque calcaire de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Sur la face interne de la paroi étaient disposées une dizaine de petites saillies lenticulaires et sessiles, jaunâtres, qui avaient l'apparence d'un dépôt adipeux, mais qui cependant ne produisaient pas la tache d'huile caractérisque quand on les écrasait sur du papier blanc. C'est cette particularité qui m'a engagé à en demander l'examen histologique à mon collègue de Gennes. Voici textuellement la note qu'il a eu l'obligeance de me remettre.

Deux points sont à considérer dans cet examen : la paroi du kyste et les petites productions jaunâtres sessiles faisant saillie à la surface interne du kyste.

Des coupes d'ensemble, pratiquées à la fois sur ces deux parties, donnent, quand on les examine à un très faible grossissement (obj. 0, ocul. 1, Verick), les résultats suivants après coloration par le picro-carminate d'ammoniaque.

On aperçoit un amas de petits points rouges, puis, par place, et surtout dans la partie la plus externe de la préparation, des parties jaunes nettement arrondies et granuleuses ; du côté de la surface interne ou contraire, on aperçoit des demi-sphères colorées en rouge et qui semblent comme à demi enclavées dans le tissu précédemment décrit.

En somme, cet examen d'ensemble permet de dire paroi à constitution homogène partout semblable avec productions à la surface interne de petites masses à demi enclavées dans la paroi, ces petites masses répondent au tissu jaune décrit dans l'examen macroscopique. Voyons maintenant à un plus fort grossissement la structure de ces deux parties : Avec l'obj. 2 de Verick, on note que la paroi est presque exclusivement composée de cellules embryonnaires, il y a bien çà et là quelques fibrilles conjonctives qui servent de substratum à ce tissu. Mais les cellules embryonnaires prédominent de beaucoup. Au milieu de ce tissu on note la présence d'un très grand nombre de vaisseaux sanguins qui sont tout remplis de globules sanguins. Ces vaisseaux sont surtout abondants au niveau de la partie la plus externe de la paroi kystique.

En examinant la partie la plus interne, on voit du tissu conjonctif plus abondant et, par places, de gros faisceaux fibreux, les vaisseaux sont là plus rares. Au niveau de la face cavitaire, on voit que le tissu est légèrement déchiqueté, mais, en aucun point, même à un fort grossissement, il n'est possible de voir trace d'un endothélium.

Les petites masses signalées déjà sont, comme je l'ai dit, à demi enclavées dans la paroi. Ils semblent qu'elles soient prêtes à s'énucléer. Elles sont constituées en grande partie par du tissu fibreux, avec quelques rares cellules embryonnaires et pas de vaisseaux. Il semble qu'il eût fallu peu de choses pour que ces petites masses fussent libres dans la cavité du kyste.

En résumé, kyste à paroi conjonctive avec prédominance

© BIU Santé

du tissu embryonnaire, vascularisation très grande, presque excessive, petites masses fibreuses à la surface interne (produites probablement par la transformation fibreuse de la paroi ?). Examen attentif par la méthode d'Ehrlich pour voir s'il n'y avait pas de bacilles au milieu de ce tissu embryonnaire : rien de semblable, aucun bacille dans un grand nombre de préparations.

17. Rétraction de l'aponévrose palmaire; par C. Walther, prosecteur des hôpitaux.

Homme de 35 ans. Main gauche normale. Main droite : flexion légère de l'annulaire, très accentuée au petit doigt. La 2e phalange est fléchie à angle droit sur la première. Quand on cherche à redresser ce doigt, on voit se dessiner dans la paume de la main une sorte de corde fortement tendue, adhérente à la peau, répondant à la partie interne de l'aponévrose palmaire.

Entre le pli inférieur et le pli moyen de la paume de la main au niveau du 4e métacarpien, on voit deux petites dépressions séparées par un espace de deux millimètres, profondes, en forme de cul-de-sac et dans lesquelles on peut introduire l'extrémité d'un stylet. A la dissection, on constate un épaississement de la partie interne de l'aponévrose palmaire moyenne, formant des sortes de nodosités fibreuses. Les deux petites dépressions sont produites par l'adhérence intime à la peau de deux tractus fibreux très forts qui se détachent de la partie épaissie de l'aponévrose. La dissection de la peau lui rend partout sa souplesse et son aspect normaux, même au niveau des deux petits culs-de-sac qui se laissent alors facilement déplisser.

Des tractus fibreux épais et assez résistants se détachent de la partie inférieure de l'aponévrose et vont s'insérer sur la partie externe de la première phalange du petit doigt ; mais la flexion de ce doigt est particulièrement produite par une sorte de grosse corde fibreuse de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Celle-ci s'attache en bas par trois faisceaux échelonnés au bord interne de la deuxième phalange du doigt, tandis qu'en haut elle est insérée à la base de la première phalange, complètement confondue avec le tendon d'insertion de l'adducteur du petit doigt dont elle semble au premier abord un prolongement.

Le tendon fléchisseur et sa gaine fibreuse ne présentent aucune altération. La section de cette grosse bride qui est complètement isolée des tissus voisins, permet l'extension complète du doigt après déchirure des petits tractus de la partie externe.

Cette bride a un aspect fibreux et n'a pas les reflets nacrés du tendon avec lequel elle semble s'unir. De plus, elle présente une certaine élasticité ; quand, après l'avoir fortement tendue, on l'abandonne à sa rétraction, on la voit revenir un peu sur elle-même et se raccourcir sans se plisser à sa surface.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juillet 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Verneuil présente deux malades sur lesquelles il a pratiqué l'*ablation de tumeurs pharyngiennes* par son procédé habituel ; il a fait la résection d'une vaste portion du maxillaire supérieur, puis a laissé la plaie largement béante pour surveiller la récidive. Plus tard, il en avive les bords et restaure la face. Le résultat, au point de vue plastique, est excellent.

M. Poulet, à l'occasion de la communication de M. Bouilly sur la *pneumotomie*, faite dans la dernière séance, raconte l'histoire d'un malade auquel cette opération fut proposée et repoussée ; il s'agissait aussi d'un kyste hydatique ouvert dans les bronches.

M. Reclus, toujours à ce propos, relate un fait qui démontre la difficulté du diagnostic des kystes hydatiques du poumon ; il crut à un kyste de la poitrine, alors qu'il s'agissait d'un kyste hépatique.

M. Bouilly lit à la Société une lettre de M. Moutard-Martin dans laquelle ce médecin annonce qu'il a fait il y a plus de dix ans une pneumotomie sans s'en douter. L'observation a paru dans l'*Union médicale* de 1873. Quoique cette pneumotomie n'ait pas été pratiquée de propos délibéré, comme celle de M. Bouilly, elle doit cependant être considérée comme la première faite en France.

M. Marc Sée revient sur le *traitement des fractures périarticulaires* ; pour lui, l'emploi de la bande de caoutchouc est préférable au massage ; c'est un traitement plus facile à exécuter.

M. Terrillon communique une observation d'ablation des deux ovaires et des deux trompes (*oophorectomie*, ou *opération de Battey*), pratiquée chez une femme atteinte de névralgie utéro-ovarienne, après avoir épuisé les divers traitements médicaux. — Depuis deux mois, la malade ne souffre plus. Les ovaires étaient sains.

M. Terrier pense qu'il serait bon, avant d'opérer de telles malades, de prendre l'avis d'un médecin pour savoir quel est leur état au point de vue des manifestations hystériques et pour se rendre compte, après l'opération, du résultat obtenu ; il est très important d'être fixé là-dessus.

M. Verneuil rapporte le cas d'une dame hystérique, éprouvant du côté de l'utérus des douleurs névralgiques très violentes, à qui on enleva deux ovaires. La guérison ne fut que temporaire ; on doit en conclure qu'il faut se défier du résultat primitif et attendre assez longtemps avant d'affirmer que dans ces cas l'opération de Battey a été suivie de guérison complète.

M. Reclus affirme que l'opérée de M. Terrillon a merveilleusement guéri et que cette observation l'a tellement frappé qu'il n'hésiterait pas à imiter son collègue dans un cas analogue.

M. Marc Sée pense qu'on ne doit enlever un organe que s'il a des lésions appréciables.

M. Terrier croit qu'il est impossible dans beaucoup de cas d'affirmer si l'ovaire est sain ou malade, et cela alors même qu'on l'a dans la main ou qu'on l'examine sous le microscope.

M. Redard lit un travail sur la *désinfection des instruments de chirurgie et des objets de pansements*. (Renvoi à une commission.)

M. Guermonprez (de Lille) fait une communication ayant pour titre : *Essai de cheiroplastie ; tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris de médius*.

M. Berger présente un appareil prothétique destiné à remplacer un maxillaire supérieur enlevé pour une affection sarcomateuse.

Séance du 4 août 1886 — Présidence de M. Horteloup.

Correspondance. — M. le Dr Fontorbe, professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, envoie à la Société une observation qui est renvoyée à l'examen de M. Humbert. — M. Trélat dépose sur le bureau, pour le prix Duval, la thèse de M. le Dr Brodeur, ancien interne des hôpitaux, sur l'*Intervention chirurgicale dans les affections des reins*.

M. Trélat, à propos du procès-verbal, revient sur le *traitement des fractures par le massage*. Pour lui, on oublie trop que les fractures représentent un accident complexe où il y a : un écartement des os, des déplacements osseux, des complications variées, etc., etc., et qu'à cet accident complexe correspondent des indications multiples. Si la thérapeutique ne s'adresse qu'à un élément de cet accident, elle ne sera jamais parfaite. Prenons un exemple : si l'on veut traiter les fractures de la rotule par le massage comme le veut Tilanus, on empêchera peut-être l'atrophie musculaire d'apparaître (on sait qu'elle fait rarement défaut dans les cas où l'immobilisation a été trop prolongée), mais à coup sûr on ne traitera pas la fracture ; il faut pourtant un peu songer à l'écartement des fragments. M. Tilanus s'occupe donc trop de l'atrophie musculaire ; il a tort de se contenter d'un bon triceps et d'une mauvaise rotule. D'autre part, certains chirurgiens se sont laissés emporter dans une autre direction ; ils ont voulu à tout prix obtenir le rapprochement des fragments, d'où suture de la rotule. C'est encore là de l'exagération. On pourrait

© BIU Santé

entrer dans des considérations analogues à propos des fractures du corps du fémur où le chevauchement prime tout, des fractures de jambes où il faut bien veiller à la perforation des parties molles. Dans les fractures où il n'y a pas de déplacement, pourquoi masser seulement? N'y a-t-il donc pas une brisure de l'os? Ne faut-il pas que ces os se soudent, qu'on favorise ou non la résorption des épanchements sanguins et lymphatiques. C'est de l'exagération encore que de ne pas vouloir tenir compte de la cassure. M. Trélat continuera à immobiliser dans une position parfaite les fractures; il ne peut se résoudre à combattre par le massage la raideur, l'atrophie musculaire, tout cela d'une façon anticipée, avant d'avoir attendu la consolidation des fragments.

M. Lucas-Championnière rappelle que M. Bourget (d'Aix) avait dès 1872 (voir *Bull. thérapeutique* de cette année-là) fait des tentatives analogues aux siennes sur le traitement des fractures par le massage et les mouvements précoces. Il répond aux arguments de M. Trélat par un fait très frappant: un malade atteint d'une fracture du radius a, au bout de 8 jours, recouvré les mouvements. Il pourrait en citer bien d'autres analogues.

M. Trélat avoue que quand on possédera un nombre suffisant d'observations aussi probantes, il sera forcé de se rendre à l'évidence; mais il craint des accidents que M. Lucas-Championnière affirme cependant n'avoir jamais constatés.

M. Farabeuf, après avoir rappelé que M. Dubreuil, de Montpellier, a envoyé à la Société de chirurgie, il y a 4 ou 5 ans, une note sur le traitement des fractures *sans appareil*, fait une très intéressante communication sur les différences qui existent, anatomiquement et cliniquement, entre les *luxations du coude en arrière*, les *fractures transversales sus-condyliennes ou sus-tubérositaires de l'extrémité inférieure de l'humérus*, et les *décollements épiphysaires* de cette même extrémité. Il annonce que de tout temps on a confondu ces deux dernières lésions: décollement de l'épiphyse inférieure et fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus en se basant sur ce fait anatomique erroné, à savoir que l'épiphyse inférieure humérale se soude à la diaphyse suivant une ligne transversale placée au niveau des tubérosités. S'il en était ainsi, le décollement admis suivant cette ligne serait possible et la confusion faite jusqu'à aujourd'hui explicable. Mais... il n'en est pas ainsi. M. Farabeuf montre alors pourquoi ce *décollement* ne peut se faire que suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, passant sur le bord externe de l'humérus au-dessus de l'épicondyle, tandis qu'en dedans elle longe presque le bord inférieur de la trochlée. Aussi ce décollement a-t-il pour symptômes: 1° conservation de la largeur du fragment supérieur, ce qui n'existe pas dans la fracture transversale sus-condylienne où il est rétréci; 2° les éminences latérales sont portées plus en avant que dans la fracture; 3° la tubérosité décollée est perceptible au-dessus du radius à la palpation.

M. le Dr Chavasse lit une observation sur un *kyste branchial du cou à contenu athéromateux*.

Marcel. Baudouin.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 1er juillet 1886. — Présidence de M. Collard; Vice-Président. Secrétaire-général, M. Schiffers.

Le Dr Van Duyse, de Gand, est élu membre correspondant.

Cyrtographe par le Dr Bernard, de Cannes; rapport par le Dr Froidbise. Le rapporteur conclut à l'insertion aux *Annales* de la note adressée par l'auteur.

De l'*étiologie de la scoliose* par le Dr Schenk; rapport lu par le Dr Troisfontaines.

Manuel de technique microscopique par M. Francotte, de Bruxelles. Rapport par le Dr Firket.

Note sur cinq cas de névrite multiple et contribution à l'étude de la névrite multiple, par le Dr Francotte, de Liége. Rapport par le Dr Deface.

Cas de délire salycilique. M. Schiffers relate une observation de délire survenu chez une petite fille de 7 ans, à la suite de l'absorption d'un lavement de 5 gr. de salicylate de soude. Le délire était surtout hallucinatoire; la parole plus lente, difficile. L'enfant était hésitante dans ses réponses; elle semblait comme égarée, sans avoir de troubles de mouvements. Elle eut surtout des hallucinations de la vue, peu de symptômes du côté de l'ouïe. Les phénomènes durèrent un jour et se dissipèrent sans traitement. L'enfant était porteur d'une insuffisance mitrale survenue consécutivement à un érythème noueux. Le salicylate de soude avait été administré comme antithermique.

De la nature de la systole ventriculaire. M. L. Frédéricq a fait des expériences tendant à rechercher la nature de la systole du ventricule. D'après ses expériences sur le cœur de la grenouille, Marly pense que la systole est une contraction musculaire simple. M. Frédéricq à découvert que, chez le chien, la systole est un tétanos incomplet, résultant de la fusion impure faite de trois secousses musculaires distinctes. Une note détaillée paraîtra dans les *Annales*.

Dr Leplat.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

X. De l'arthrotomie; par le Dr A. Jalaguier.—Asselin et Houzeau.

X. L'auteur divise dès l'abord son travail en cinq parties qu'il intitule: 1. L'arthrotomie dans les arthrites suppurées; — 2. L'arthrotomie dans les arthrites aiguës non suppurées; — 3. L'arthrotomie dans les hémiarthroses; — 4. L'arthrotomie dans les hydarthroses; — 5. L'arthrotomie dans les corps étrangers articulaires.

Il fait précéder son étude d'un chapitre historique et la fait suivre d'une discussion des procédés et de la technique opératoires. Comme on le voit, d'après l'exposé de ce plan, il élimine les incisions articulaires faites accessoirement dans le cours d'autres opérations comme les résections articulaires, le traitement par suture des fractures de la rotule et la réduction de certaines luxations invétérées, etc.

Quoique le mot arthrotomie soit de date récente, l'incision articulaire était pratiquée par les anciens chirurgiens non seulement dans les cas d'arthrite suppurée traumatique, mais encore dans les hydarthroses. Paré, Gilles de la Tourette, Boyer, J. L. Petit ouvrent les abcès articulaires sans hésitation; Félix Wurtz, Lamotte, Lieutaud, Monro fils agissent de même pour les collections liquides articulaires de quelque volume qu'elles soient. Au commencement de ce siècle les chirurgiens deviennent plus timides à cet égard et ce n'est que depuis l'introduction des procédés antiseptiques que l'arthrotomie a reparu. Aujourd'hui ce n'est plus une opération de nécessité mais une opération de choix.

En ce qui concerne les arthrites suppurées, M. Jalaguier rapporte 102 cas d'arthrotomie sur lesquels il note: 9 morts, 21 cas de guérison avec ankylose, 17 cas avec une certaine limitation des mouvements, 53 cas avec rétablissement complet. Les arthrites d'origine puerpérale, consécutives à une ostéomyélite ou à un traumatisme avec fractures des extrémités articulaires comportent une terminaison moins heureuse que celles dues aux inflammations périarticulaires, aux pseudo-rhumatismes infectieux et surtout que celles des enfants dites idiopathiques. Le manuel opératoire est variable: on pratique soit une longue incision latérale qui peut atteindre jusqu'à 14 centim., soit deux incisions parallèles de chaque côté de l'article. Le plus souvent après l'incision et le lavage minutieux de la cavité on établit le drainage de part en part ou seulement des bouts de drain. M. Championnière seul fait la suture immédiatement. D'après Jalaguier on doit préférer l'incision double dans les cas d'arthrite traumatique, ou consécutive à l'ostéomyélite et aux suppurations périarticulaires. Quant à l'incision simple il la réserve aux pseudo-rhumatismes infectieux.

L'incision articulaire n'a été pratiquée que rarement dans les arthrites séreuses aiguës et dans les hémiarthro-

© BIU Santé

ses, 8 fois dans le premier cas, 5 fois dans le second; ces faits ne sont pas suffisants pour servir de base à une étude sérieuse de la valeur de l'arthrotomie dans ces circonstances.

Dans les hydarthroses l'arthrotomie n'a pas été pratiquée beaucoup plus souvent: l'auteur en rapporte 13 cas seulement. Cela tient à ce que la ponction avec injection antiseptique réussit le plus souvent et qu'on ne pratique l'arthrotomie qu'après l'échec de la première méthode. Les épanchements considérables, les relâchements ligamenteux entraînant une partie de la fonction, les douleurs vives constituent alors les indications. Jamais, jusqu'à ce jour, on n'a fait l'incision précoce. Le drainage est toujours établi. Quant aux lavages un seul suffit le plus souvent.

Nous arrivons au chapitre le plus intéressant du travail de M. Jalaguier, à la véritable taille articulaire, l'arthrotomie dans les cas de corps étrangers. La méthode antiseptique a mis fin aux anciens procédés, à l'incision oblique de Desault, à la méthode sous-cutanée de Goyrand: l'arthrotomie directe ne donne plus aujourd'hui qu'une mortalité de 0,95 0/0.

L'auteur décrit minutieusement tous les temps de l'opération dans les cas de corps étrangers du genou. L'arthrophyte sera fixé autant que possible par les mains d'un aide; l'incision se fera au point où il est onbsoad nettement; dans le cas de corps étranger double, on fera une incision spéciale pour chacun; l'hémostase sera assurée par des ligatures faites immédiatement. Le calcul retiré, on appliquera des points de suture: quelques chirurgiens font à la fois suture profonde et suture superficielle. Le plus souvent, on place un drain qui pénètre de quelques millimètres dans l'article ou même reste extra-articulaire. M. Jalaguier conclut à la nécessité absolue du drainage, en se basant sur les 105 cas qu'il a rassemblés. Dans plus de la moitié des cas, la guérison est absolue; dans un certain nombre, restent des raideurs articulaires; la suppuration et l'ankylose ne se sont produites qu'exceptionnellement. Il va sans dire que pendant toute la durée du traitement l'immobilité doit être absolue.

Dans les cas plus difficiles où le chirurgien, quoique certain de la présence du calcul, n'a pu le percevoir directement, Reverdin conseille d'ouvrir la jointure le long du bord du condyle externe et de chercher le corps en arrière des ligaments croisés, sans ouvrir le genou en avant.

Après avoir passé en revue l'arthrotomie dans les arthrites, les épanchements, les corps étrangers, M. Jalaguier ne sachant s'il doit considérer comme arthrotomie les cas d'incision articulaire, au grattage, curage, résections partielles faites dans les cas de tumeurs blanches, s'en tire en exposant, sous une forme historique, les divers travaux accomplis dans ce sens par Schede, Albert, Scriba, Letiévant. Il est évident pour nous que ces opérations ne peuvent porter le nom d'arthrotomie, pas même avec le qualificatif de « préliminaire » ou d' « exploratrice » que leur donne M. Jalaguier.

L'auteur termine son travail par un rapide exposé des procédés opératoires suivant les articulations qu'il s'agit d'inciser. Sous le titre de pièces justificatives, il y joint 45 observations d'arthrotomie inédites et 7 tableaux dans lesquels il a réuni les principaux caractères des observations de plus de deux cents malades, sur lesquels l'arthrotomie a été pratiquée avec la méthode antiseptique. Ces observations, la plupart fort intéressantes forment la base de cette consciencieuse étude.

XI. Des arthrites infectieuses non tuberculeuses; par le Dr de Lapersonne.— Delahaye et Lecrosnier.

XI. Depuis longtemps déjà les observateurs avaient remarqué la relation qui existe entre les maladies générales graves et l'apparition de manifestations articulaires, survenant le plus souvent au déclin de ces affections. Pour les anciens, c'était là un type de métastase; pour nous, c'est une affection dont nous avons découvert le lien avec la première, c'est une détermination secondaire de ces états que la bactériologie nous a démontré être infectieux. Nos prédécesseurs n'avaient qu'un mot vague désignant une maladie non expliquée; les modernes ont un mot précis en rapport avec les nouvelles données de la science.

Et tout d'abord, dit M. de Lapersonne, qu'est au juste un état infectieux? C'est « un état caractérisé par un conflit entre les organes physiologiques aux prises avec un élément étranger, le plus souvent vivant, organisé et susceptible de se reproduire et de pulluler dans certaines conditions données. » Dans quelques affections cet élément a servi à reproduire la maladie première; dans d'autres, les éléments spécifiques n'ont pu encore être reproduits, et dans d'autres enfin ils n'ont pas été découverts jusqu'ici.

C'est dans les séreuses que les microbes agissent plus spécialement et qu'ils se multiplient. La blennorrhagie, la morve, pour nous servir d'une expression ancienne et devenue classique, aiment les articulations. Les lésions des diverses parties constituantes sont trop connues pour que nous y insistions; la synoviale, les cartilages, les ligaments sont lésés, le liquide est altéré, et l'affection a pu se terminer par ankylose, avec ou sans déplacement articulaire.

Un point plus intéressant est de savoir si dans toutes les arthrites infectieuses on a pu découvrir le microbe pathogène. Malheureusement il n'en est rien, et la science est loin d'avoir dit son dernier mot sur ce point. Le plus souvent on ne rencontre que des streptococci dans le pus articulaire, qu'il provienne d'une arthrite pyobémique ou que l'affection soit due à une angine septique, à la fièvre puerpérale, à l'ostéomyélite, au pseudo-rhumatisme infectieux, ou bien à l'endocardite ulcéreuse.

Mais dans quelques arthrites se montrent les micro-parasites des affections primitives. C'est ainsi qu'on a retrouvé les gonococci de Neisser dans le liquide de l'arthrite blennorrhagique. Plus récemment les gros micrococci ellipsoïdes de Friedlander ont été vus dans deux cas d'arthrite consécutive à des pneumonies.

Il en serait de même pour les diplocoques que Koch et Fehleisen ont décrits comme caractéristiques; mais pas plus dans les arthrites de la scarlatine que dans celles de la fièvre typhoïde on n'a pu encore trouver de microbe spécial. Celui de la morve n'a même pas été recherché dans les jointures, malgré les affirmations de certains auteurs.

Quant à la pathogénie véritable de ces arthrites, elle est encore obscure. Pourquoi le sang infecté localise-t-il son action sur les jointures? Ici il faut avouer notre ignorance. Ce qu'il y a seulement de démontré, c'est qu'il y a des microbes pathogènes, qui semblent agir par deux voies: par effraction vasculaire et par pénétration à travers les muqueuses respiratoire et digestive. Au déclin des maladies infectieuses, surtout avec foyers purulents, il y a infection secondaire, préparée par l'état général et de nature pyohémique.

On peut donc dire avec l'auteur qu'il existe des arthrites infectieuses spécifiques, relevant directement de l'état général, et qu'à côté de ces formes propres à certaines infections il existe des formes pyohémiques, soit la pyohémie chirurgicale franche, soit des formes atténuées, parmi lesquelles il faut peut-être ranger ce que l'on a appelé la pyohémie médicale.

Stériliser le milieu intérieur et vacciner, tel est le traitement général que M. de Lapersonne préconise avec Lemoine. Comme traitement local, on doit pratiquer l'arthrotomie d'emblée, pourvu qu'il n'y ait pas d'abcès métastatiques viscéraux.

Telle est la première partie, si intéressante, de cette thèse, où nous voyons le lien parasitaire réunissant ensemble les diverses manifestations articulaires infectieuses.

Dans la deuxième partie est faite l'étude détaillée de chaque arthrite prise en particulier. Près de trente maladies peuvent donner lieu à ces déterminations. C'est un chapitre qu'il est impossible de résumer; il mérite d'être lu en entier. Nous ne pouvons que signaler les points les plus intéressants.

Signalons en première ligne le paragraphe qui a trait à la pyohémie dite médicale ou spontanée, dont le terrain

© BIU Santé

diminue chaque jour avec les progrès de la science et qu'on pourrait rapprocher à ce point de vue de l'érysipèle médical ou spontané. Comme pour ce dernier, ne déclarerait-on pas ici spontanée une infection dont la porte d'entrée a pu passer inaperçue, soit par son extrême petitesse, soit par sa situation dans une cavité muqueuse ? Tout porte à faire admettre cette hypothèse.

Quant à l'arthrite blennorrhagique, les opinions émises autrefois n'ont qu'un intérêt purement historique. Personne aujourd'hui ne songe plus à constester sa nature parasitaire.

Enfin, les arthrites d'ordre urinaire seraient souvent aussi d'ordre pyohémique, de même que celles de la syphilis et du pseudo-rhumatisme infectieux du professeur Bouchard.

En résumé, dans son travail, l'auteur ne conclut pas ou évite de donner des conclusions formelles. Il expose simplement la modalité nouvelle de la question et attire spécialement l'attention sur l'influence des germes organisés dans le développement des états infectieux et dans le retentissement qu'ils paraissent avoir sur les séreuses articulaires. C'était d'ailleurs le meilleur parti à prendre. M. de Lapersonne s'est montré ainsi observateur prudent et sage clinicien.

XII. Les Alcaloïdes d'origine animale ; par le Dr Hugonneng. J. B. Baillière et fils.

XII. Les alcaloïdes organiques peuvent être d'origine végétale ou animale ; on sait comment furent découverts les alcaloïdes végétaux, tels que la morphine, au commencement de ce siècle, mais on se rappelle encore mieux quel retentissement eut, il y a déjà plus de dix ans, la découverte des premiers alcaloïdes d'origine animale et l'importance qui fut attribué à ces recherches au point de vue médico-légal. Il ne faut pas oublier que le nom d'un savant français est attaché à ces travaux, c'est celui de M. le professeur A. Gautier, aussi bien d'ailleurs que celui du professeur de Selmi, de Bologne.

L'auteur divise son travail en deux parties : dans la première, il étudie les *ptomaïnes* ou alcaloïdes animaux d'origine bactérienne se produisant pendant la putréfaction, c'est-à-dire ceux qui résultent de la destruction des matières albuminoïdes par les bactéries ; et, dans la seconde, les alcaloïdes physiologiques ou *leucomaïnes* qui doivent leur formation à l'activité chimique des tissus vivants ; cependant, dans un dernier chapitre, où il compare ces deux sortes d'alcaloïdes, il avoue ne pas croire à une démarcation bien tranchée entre les ptomaïnes et les leucomaïnes. En fait, il n'y en a aucune : les alcaloïdes, on a beau dire, se forment en vertu de réactions sinon identiques, du moins analogues, et il ne faut pas craindre de le répéter : Rien ne ressemble plus à la mort que la vie ; autrement dit : « rien ne ressemble plus aux réactions des matières protéiques se détruisant elles-mêmes que les phénomènes de la putréfaction, caractérisés par la destruction de ces mêmes substances sous l'influence des ferments. »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude chimique des diverses ptomaïnes oxygénées et non oxygénées ; signalons seulement le passage où il traite des propriétés physiologiques des alcaloïdes animaux d'origine putréfactive et le chapitre qu'il consacre à la toxicologie ; ce sont là deux points importants que tout médecin instruit devra lire s'il veut se mettre au courant de cette question de médecine légale toute d'actualité.

Les développements que M. Hugonneng donnent à l'histoire des leucomaïnes sont aussi très dignes d'attention, mais intéressent plus à l'heure qu'il est le physiologiste que le praticien, la question de chimie pure étant mise de côté.

Cette thèse se termine par quelques remarques, trop succintes à notre avis, sur les relations des alcaloïdes végétaux et animaux entre eux, sur leur mode de formation et sur l'intervention des microbes lors de leur production, sur leur rôle dans les maladies. De nombreuses déductions pouvaient être tirées des faits d'observations relatés dans cette monographie un peu diffuse ; nous regrettons vivement que l'auteur n'ait pas toujours envisagé son sujet d'assez haut. Les idées générales font un peu défaut dans ce travail, on ne peut le nier. C'était pourtant un beau chapitre de biologie à écrire, et l'occasion est manquée.

Marc. B.

CORRESPONDANCE

Les pharmaciens militaires d'après la nouvelle loi sur l'organisation de l'armée.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un de vos derniers numéros, vous avez protesté contre la suppression projetée dans le projet de loi des pharmaciens militaires dans les hôpitaux. Il y a là, en effet, une violation formelle de la loi qu'un Parlement ne saurait admettre, alors qu'en même temps il fait des lois contre l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Mais permettez-moi d'attirer votre attention sur ce fait que le ministre de la guerre, en acceptant le projet de MM. Didiot et Bourgoin, le premier inspecteur général et le second directeur du service de santé, est tombé, tête baissée, dans le piège que lui a tendu le parti clérical, encore si puissant au ministère de la guerre.

En supprimant les pharmaciens militaires, le parti clérical a pour unique but de rétablir l'ancienne corporation des sœurs pharmaciennes. Au moment où les hôpitaux civils, se conformant à la loi, enlèvent aux sœurs la direction du service pharmaceutique, il y a un stoc de bonnes sœurs pharmaciennes que le parti clérical a songé à replacer. D'un autre côté, la libre disposition des médicaments, sans contrôle, a toujours été le rêve des communautés religieuses. On approvisionne ainsi de médicaments toutes les maisons-mères, sans bourse déliée ; on possède des produits dangereux, comme l'Ecole de pharmacie en a saisi des quantités dans des communautés religieuses de la Seine, sans avoir à rendre compte de l'usage que l'on en fait, alors que le pharmacien reçu doit justifier de leur emploi par son livre d'ordonnance.

Tels sont les abus, qui peuvent aller jusqu'au crime, que l'on se propose de rétablir en supprimant les pharmaciens en chef des hôpitaux militaires pour y remettre des sœurs. En vain dira-t-on que le projet ne parle pas des sœurs, mais déclare que le médecin militaire aura la direction du service de la pharmacie. Les sœurs sont à la tête des infirmeries dans les hôpitaux militaires. Elles seront donc bientôt descendues à la pharmacie, et, en quelques mois, se seront installées dans ce service, soit avec la complicité, soit malgré les protestations timides des médecins militaires.

La Convention a créé des pharmaciens militaires en enlevant le service pharmaceutique aux sœurs, le projet de loi de 1886 propose de défaire ce qu'a fait la Convention, et l'on a choisi pour cela le ministre qui passe pour l'un des plus républicains que l'on ait encore eu à la guerre. Il faut avouer que le parti clérical est bien habile ou le parti républicain bien naïf pour contribuer à la réussite d'une pareille machination.

(Un de vos lecteurs.)

A propos des nominations des médecins d'asiles d'aliénés.

2 août 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je vous serais bien obligé de me donner, par la voie de votre estimable journal, votre appréciation sur certaines nominations faites dans les Asiles d'aliénés (1), depuis un an environ, et qui me paraissent de nature à ne pas encourager les internes qui ont envie d'entrer dans la carrière. C'est ainsi qu'on a vu un conseiller général de Vaucluse nommé dans la Seine, un conseiller général de la Lozère dans la Seine-inférieure et, plus récemment, un conseiller général de Saône-et-Loire, nommé directeur à l'asile de Marseille. Il est vrai que, ce dernier étant docteur-médecin, il y a déjà progrès, puisque le prédécesseur était un ancien sous-directeur de tramways !!! Comme d'un autre côté, un ancien interne, *agrégé de Faculté*, vient de débuter à Armentières dans la dernière classe du cadre des médecins-adjoints, tandis que les premiers, sans être seulement passés par l'internat, ont été d'emblée placés dans la première ; il en ressort une incohérence marquée dans l'appréciation des titres. Que conclure de pareilles nominations ? C'est que les titres scientifiques sont cotés bien au-dessous des titres politiques.

(Voir page 667).

© BIU Santé

Et maintenant, collègues de l'internat, morfondez-vous dans l'attente d'une place de médecin-adjoint; les vacances seront désormais remplies par des conseillers généraux!!!

Veuillez agréez, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de mon plus profond respect.

Un interne des asiles.

Il n'y a qu'un remède à de tels abus qui ne contribuent pas à relever notre réputation scientifique, c'est le concours.

BIBLIOGRAPHIE

Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde, par le Dr Le Gendre. Paris 1886, Steinheil, éditeur.

Depuis quelques années, M. le professeur Bouchard s'efforce d'établir la fréquence de la dilatation de l'estomac et l'importance de son rôle pathogénique. La thèse inaugurale du Dr Le Gendre est un chaud plaidoyer pour les idées du maître. Avant d'affirmer les rapports de l'ectasie gastrique avec une foule d'états morbides, il était nécessaire d'asseoir, sur des bases certaines, l'existence de cette actasie gastrique. L'auteur expose donc en détail les signes de la dilatation de l'estomac, d'après les recherches du Dr Bouchard : bien plus, il enrichit cette description technique de constatations anatomiques et de mensurations nécroscopiques confirmatives des renseignements fournis par la clinique. C'est par le *clapotage* que M. Bouchard et ses élèves délimitent l'estomac dilaté; pour avoir toute sa valeur, ce bruit doit être perçu chez les individus à jeun. Dans les cas douteux, on le rend apparent par l'ingestion d'un demi-verre d'eau qui introduit à la fois le liquide et le gaz nécessaires pour que soient réalisées les conditions physiques du phénomène. Obtenu dans ces conditions, le clapotage indique la dilatation et l'étendue de cette dilatation. Il ne peut être confondu avec le gargouillement intestinal, dont la recherche est bien plus facile et dont les caractères sont tout différents. M. Le Gendre a mesuré 60 estomacs de cadavres pris au hasard :

10	mesuraient de	660 à 1000	centimètres	cubes.
36	id.	1000 à 1.300	id.	id.
8	id.	1,300 à 1,500	id.	id.
6	id.	1,500 à 2,000	id.	id.

Les estomacs que l'autopsie lui a permis de mesurer chez des sujets chez lesquels il avait de leur vivant constaté la dilatation gastrique, cubaient : 2,000, 2,750, 3,000, 2,000, 1,450, 3,600, etc. Il en conclut que le bruit de clapotage a une valeur séméiologique absolue. Quant aux causes de la dilatation de l'estomac, elles sont des plus variées et se résument dans une distension trop considérable, trop souvent répétée, trop prolongée de l'estomac. Passons sur les manifestations multiples indiquées déjà par M. Bouchard pour nous arrêter sur la valeur séméiologique des nodosités digitales que M. Le Gendre étudie en détail. Ces nodosités des deuxièmes phalanges dites *nodosités de Bouchard*, du nom de l'auteur qui les a décrites le premier, indiquent presque constamment la dilatation de l'estomac; elles sont la signature de la maladie, elles ont une valeur quasi-pathognomonique.

Si la fréquence et le rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac ont pu être contestés, le traitement proposé par M. Bouchard a fait ses preuves, il est très clairement reproduit dans la thèse de M. Le Gendre.

La deuxième partie de cette thèse traite des rapports de la dilatation de l'estomac avec la fièvre typhoïde. En effet, cette dilatation est très fréquente chez les individus atteints de fièvre typhoïde. La présence des *nodosités de Bouchard* chez ces malades indique l'antériorité de l'ectasie gastrique. Quand on sait que le germe de l'infection typhique pénètre dans l'organisme par les voies digestives, on comprend que la dilatation de l'estomac favorise cette pénétration. Voilà pourquoi la dilatation de l'estomac est si fréquente chez les typhoïdiques. Un estomac dilaté n'oppose plus une barrière suffisante aux microbes pathogènes; les sécrétions gastriques altérées et affaiblies sont incapables de les détruire. Il y a dans cette théorie, des vues très élevées et fort ingénieuses qui sont dignes de l'attention des cliniciens.

Skvifter utgifna af finska läkaresällskapet vid dess femtioars fest (*Mémoires publiés par la Société finlandaise de médecine, à l'occasion de son jubilé cinquantenaire*). Helsingfors, grand in-8°, 1885.

Suivant l'excellente coutume adoptée outre Rhin et dans d'autres pays d'Europe, la Société finlandaise de médecine vient de publier, en langue suédoise, à l'occasion du cinquantième anniversaire de sa fondation, un livre jubilaire qui nous apporte un certain nombre de travaux intéressants, dus aux médecins et physiologistes les plus éminents de Finlande ou de Suède.

F. Saltzman préconise le pansement au *Sphagnum* (mousse) et rend compte des progrès de la méthode antiseptique dans les hôpitaux d'Helsingfors. E.-A. Homén s'occupe des nouvelles méthodes histologiques applicables à l'étude du système nerveux. G. Heinricius, docent d'obstétrique, s'occupe du traitement chirurgical des fistules uro-génitales chez la femme, et Otto Engström de l'influence de la grossesse sur la circulation. Hugo Holsti étudie le typhus abdominal dans ses rapports avec la mortalité. Th. Saelan rapporte une observation de folie morale. L. W. Fagerlund décrit l'hôpital de Gloskär, et K. E. Lindén étudie l'érysipèle.

Pour finir, signalons un très important mémoire du Dr Robert Tigerstedt, aide intelligent du professeur Lovén, au Carolinska Institutet de Stockholm, sur la découverte des vaisseaux lymphatiques. Ceux qui s'intéressent à l'histoire de la médecine pourront y trouver de précieux renseignements sur deux anatomistes scandinaves, Olof Rudbeck et Thomas Bartholin.

R. BL.

VARIA

Faculté de médecine. Concours d'agrégation en anatomie.

Le concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle, qui s'est ouvert le mardi 1er juin 1886 à la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé le 4 août 1886. Ont été proclamés agrégés, pour les diverses Facultés de médecine les candidats dont les noms suivent :

A. Anatomie et physiologie. — *Faculté de Paris* : MM. les Drs Quenu et Poirier.. — *Faculté de Bordeaux* : M. le Dr Ferré. *Faculté de Lille* ; M. le Dr Assaky. — *Faculté de Lyon* : MM. les Drs Rodet et Jaboulay. — *Faculté de Montpellier* : MM. les Drs Gilis et Topie. — *Faculté de Nancy*. MM. les Drs René et Nicolas. — *B.* Histoire naturelle. — *Faculté de Bordeaux* : M. le Dr Nabias. — *Faculté de Lille* : M. le Dr Barrois.

Nous adressons à notre ami et cher collaborateur, M. le Dr Paul Poirier, des félicitations d'autant plus vives que la lutte a été plus ardente et le succès plus mérité.

Médecins conseillers généraux.

Aisne (Vervins), le Dr Dupuy, député républicain; — *Allier* (Cusset), professeur Cornil, R.; — *Alpes* (Basses) (Barrême), Dr Roustan, R.; — (Mezel), Dr Bec, R.; — *Alpes maritimes*, Dr Balestre, R.; — *Ardennes* (Le Chesne), Dr Martin, R.; — *Aube* (Méry-sur-Seine), Dr Théveny, R.; — *Calvados* (Falaise), Dr Turgis, R.; — *Cantal* (Saint-Mamet), Dr Valadon, R.; — (Champs), Dr Trapenard, R.; — *Charente-Inférieure* (Pons), Dr Combes, sénateur, R.; — *Corrèze* (Scilhac); Dr Vacher, député, R.; — (Bort), Dr Thessier, R.; — *Corse* (Porto-Vecchio) Dr Balesi, R.; — *Dordogne* (Bergerac), Dr Garrigat, sénateur, R.; (Verteillac), Dr Desvergnes, R.; — *Drôme* (Saillans), Dr Chevandier, député, R.; — *Eure* (Evreux, Nord), Dr Guindey, R.; (Monancourt), Dr Gros-Fillay, R.; — *Garonne* (Haute) (Saint-Gaudins), Dr Camparan, sénateur, R.; — *Gironde* (Bordeaux), Dr Métadier, R.; — *Loire* (Perreux), Dr Reuillet, député, R.; — *Mayenne* (Grez-en-Bonère), Dr Godivier, R.; — *Nord* (Lille), Dr Testelin, sénateur, R.; — *Puy-de-Dôme* (Clermont), Dr Blatin, député, R.; — (Souvillanges), Dr Mary-Durand, R., rédacteur en chef du *Courrier médical*; — *Pyrénées* (Basses) (Navarreux), Dr Cledou, R.; — *Seine-Inférieure* (Le Havre), Dr Fauvel, R.; — *Sèvres (Deux)* (Parthenay), Dr Chevallereau, R.; — *Vendée* (Marcuil), Dr Angeard, R.

Nota. — La rédaction prie instamment ses lecteurs de bien vouloir lui adresser les noms des médecins qui ont été nommés aux élections de dimanche dernier conseillers généraux et conseillers d'arrondissement et qui ont pu être omis dans la liste ci-dessus.

© BIU Santé

Les professeurs agrégés.

Des décrets rendus après avis du conseil supérieur de l'instruction publique règlent ainsi la situation des agrégés de médecine et de pharmacie. Les agrégés des Facultés de droit et de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie, sont membres de la Faculté ou Ecole à laquelle ils sont attachés ; ils prennent rang immédiatement après les professeurs. Ils font partie de l'assemblée de la Faculté ou Ecole, avec voix délibérative ou consultative, suivant les distinctions établies par l'article 19 du décret du 28 décembre 1885. Ils participent aux examens, remplacent les professeurs momentanément absents et font des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires. L'organisation des conférences est arrêtée à la fin de chaque année scolaire, pour l'année scolaire suivante, par le conseil de la Faculté ou Ecole. Dans les Facultés de médecine, et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le nombre des agrégés chargés chaque année de conférences ne peut être inférieur au tiers ni supérieur à la moitié du nombre des chaires de la Faculté. Les agrégés des Facultés de droit, de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacies, continuent de recevoir, pour les services énumérés à l'article 2 du décret de ce jour, les traitements fixés par le décret du 14 janvier 1876. Les agrégés chargés d'un cours en vertu des dispositions des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885 reçoivent, outre leur traitement d'agrégé : A Paris, un traitement de 3,000 fr. Dans les départements, un traitement de 2,000 francs. Les agrégés qui touchent actuellement, en vertu des dispositions des articles 1 et 2 des décrets des 20 août et 15 octobre 1881, un traitement supérieur au total des traitements fixés par le présent décret recevront une indemnité égale à la différence et soumise à retenue dans le cas où, à dater du 1er novembre 1886, ils seraient chargés d'un cours par application des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885.

La rage. — Le traitement de la rage aux Etats-Unis.

On lit dans la *Nature* du 31 juillet 1886 :

La vaccination Pasteur a été pratiquée pour la première fois en Amérique, le 4 juillet dernier ; cette opération a eu lieu à New-York, dans le laboratoire du Dr Mott, qui avait fait le voyage de Paris pour aller chercher du vaccin fabriqué dans le laboratoire de la rue d'Ulm, et qui a reçu de M. Pasteur lui-même toutes les indications nécessaires. Un grand nombre de lapins ont été traités par la méthode connue, avant que le Dr Mott consentit à faire l'application demandée. Le 1er sujet vacciné a été le jeune Harold Newott, âgé de sept ans, fils du Dr I.-C. Newett, de Jency City, et qui avait été mordu le 24 juin, par un chien de salon. La blessure était à l'épaule gauche et l'enfant a été cautérisé à différentes reprises. M. le Dr Mott était assisté par le Dr Baldivien ; le Dr Liantard était présent ainsi que plusieurs représentants de la presse de New-York.

Un chien enragé a mordu une quinzaine de personnes à Saint-Didier-sur-Chalaronne (Saône-et-Loire). Sept d'entre elles sont parties pour Paris, où elles viennent se faire soigner par M. Pasteur.

Association française pour l'Avancement des sciences. — Congrès de Nancy.

L'Association française pour l'avancement des sciences donne une nouvelle liste des communications qui doivent être faites pendant la session du Congrès qui doit s'ouvrir à Nancy le 12 de ce mois. Nous y relevons les questions suivantes qui intéressent plus particulièrement les sciences médicales :

M. Arnould (Jules). Sur l'état sporadique de la fièvre typhoïde. — M. Brémond (F.). Hygiène professionnelle du blanchissage et des travaux qui le précèdent ou le suivent. — M. Brouardel. Sur la réforme des lois relatives à l'hygiène. — M. Canu (Eug.). Sur l'anatomie des mollusques et la systématique des infusoires. — M. Carnot (A.). Principes à consulter dans le choix des terrains destinés à recevoir les eaux d'égout des villes. Application à la ville de Paris. — M. Cartailhac. Etude anthropologique des habitants de la vallée de Bethmale. — M. Certes. Sur l'emploi des matières colorantes pour les études histologiques et physiologiques. — M. Chatin. Anatomie comparée végétale appliquée à la phytotaxie. Sur la mesure de la graduation organique dans les végétaux. Aperçu de la flore de Paris et du Dauphiné. — M. Deshayes. Du rôle des ptomaïnes dans les empoisonnements par les substances alimentaires. — M. de Ferry de la Bellone. De l'organisation générale des champignons hypogés et de celle des tubéracés en particulier. — M. Gariel (C.-M.). Du grossissement dans les instruments d'optique et en particulier dans le microscope. — M. Gérardin (A.). L'hygiène et les lavoirs publics. — M. Grynfelt. Le bassin spondylisématique. — M. Guillaume. Relation entre les températures moyennes de l'air et celles du sol. — M. Haller (A.). Sur l'isomérie des camphols et des camphres. Sur la cyanacétophénone. — M. Hanriot. Faits sur l'eau oxygénée. — M. Henry (E.). Sur la répartition du tannin dans les bois de chêne. — M. Houdaille. Sur l'évaporation de l'air en mouvement. — M. Kunckel d'Herculais (Jules). Sur l'organisation des animaux articulés. Appareils de sécrétion chez les insectes. — M. Ladame. Note sur un cas de myopathie atrophique progressive. — M. Ladureau (A.). Etude sur un ferment inversif de la saccharose. Sur la saccharine du Dr Fahlberg. — M. Lantier (E.). Considérations économiques, sociales et politiques sur le décret du 18 août 1840, concernant les remèdes nouveaux ; sur la loi du 5 juillet 1844, concernant les brevets d'invention ; sur le décret du 3 mai 1850, concernant les remèdes nouveaux. — M. Lardier. Du phlegmon sous-pectoral, dit spontané, chez les alcooliques ; auto-traumatisme et auto-infection. — M. Langlois (Marcellin). Théorie atomique et moléculaire ; résultats obtenus. Propriétés physiques de l'eau et du mercure. Observations hygrométriques. — M. Le Dentu (A.). De l'œsophagotomie interne à temps espacés. Des sacrifications comme traitement préparatoire de l'ablation dans certaines hyperplasies éléphantiasiques. — M. Liébault. Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine chez les adultes et chez les enfants au-dessus de trois ans. — M. Maurel. Du sang dans les différentes races humaines. Des lois de l'acoustique et du stéthoscope. Habitations et vêtements dans les pays chauds. — M. Meunier (J.). Sur l'isomorphisme et l'hexabromure de benzine avec l'hexachlorure du même hydrocarbure. Sur la saponification de l'hexabromure de benzine. Sur la synthèse de l'hexachlorure de benzine. — M. Ollivier. De l'hématémèse hystérique. — M. Stœber. Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis dans l'œil et en particulier dans l'iris. — M. Vuillemin (P.). Les unités morphologiques en botanique. Recherches mycologiques.

Asiles d'aliénés. — Nominations et promotions.

M. le Dr Legras, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-inspecteur des asiles publics d'aliénés de la Seine est nommé deuxième médecin adjoint de l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la Préfecture de Police, en remplacement de M. Ch. Féré, démissionnaire.

Arrêté du 15 février 1886. — Ont été promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1886 : A la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), M. le Dr Faucher, directeur en chef de l'Asile de Naugeat (Haute-Vienne) ; A la 1re classe de son grade (7,000 fr.), M. le Dr Homéry, directeur, médecin en chef de Saint-Athanase (Finistère) ; A la 3e classe de son grade (5,000 fr.), M. le Dr Longeaud, directeur, médecin en chef de la ville de Rodez (Aveyron) ; Ont été promus à la 1re classe de leur grade (3,000 fr.) ; pour prendre rang à partir du 1er février 1886 : MM. les Drs Guillemin, médecin adjoint de l'Asile de Dôle (Jora) ; Paris médecin adjoint de l'Asile de Châlons-sur-Marne et Bellat, médecin adjoint de l'Asile de Prémontré (Aisne).

Arrêté du 15 mai 1886. — M. le Dr Fabre, directeur, médecin en chef de l'Asile de Saint-Lizier (Ariège), est nommé directeur, médecin en chef de l'Asile de Saint-Alban (Lozère). M. le Dr Longeaud, directeur, médecin en chef de l'Asile de Rodez est nommé directeur, médecin en chef de l'Asile de Saint-Lizier. M. le Dr Campan, médecin en chef de l'Asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur, médecin en chef de l'Asile de Rodez (Aveyron).

Arrêté du 20 mai 1886. — M. le Dr Camuset, directeur médecin en chef de l'Asile de Saint-Alban (Lozère), est nommé médecin en chef de l'Asile de Cadillac (Gironde), et promu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.)

Arrêté du 22 mai 1886. — M. le Dr Dubief, conseiller général de Saône-et-Loire, est nommé directeur de l'Asile public d'Aliénés de Saint-Pierre, à Marseille, en remplacement de M. Cartoux, décédé, et placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.)

Arrêté du 25 mai 1886. — M. le Dr Taguet, directeur, médecin en chef de l'Asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan), est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.) ; pour prendre rang à partir du 1er mai 1886.

Arrêté du 25 mai 1886. — Ont été promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er février 1886 : MM. les Drs Schils, médecin adjoint de l'Asile de Ville-Evrard ; Maunier, médecin adjoint de l'Asile d'Aix : Garnier, médecin adjoint de l'Asile de Bailleul ; Adam, médecin adjoint de l'Asile d'Armentières ; Brun, médecin adjoint de l'Asile de Bron ; Martineng, médecin adjoint de l'Asile de Saint-Yon et Febvré, médecin adjoint de l'Asile de Mont-de-Vergues.

Arrêté du 1er juin 1886. — M. le Dr Adam, médecin adjoint d'Armentières (Nord), est nommé adjoint de l'Asile d'Auxerre (Yonne), en remplacement de M. Chadzinski.

Arrêté du 12 juin 1886. — M. le Dr Georges Lemoine, interne à l'Asile de Bron, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille, est nommé médecin adjoint à l'Asile d'Armentières et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.) M. le Dr Dufour, médecin

© BIU Santé

en chef de l'asile de Saint-Robert, vient d'être nommé Vice-Président de la Société de Médecine et de Pharmacie de l'Isère.

Allocation de subventions complémentaires pour divers services de l'Assistance publique.

Sur le rapport de M. le Dr Robinet, le Conseil municipal a voté dans sa séance du 16 juillet :

1° 14.565 francs pour création à l'hôpital Saint-Louis d'un service de teigneux. (Voir page 654)

2° 25.625 francs pour les enfants assistés.

3° 12.000 francs pour réorganisation du service d'électrothérapie de la Salpêtrière, dirigé par le Dr Vigouroux.

Les dépenses seraient les suivantes :

Dépenses ordinaires :	
Entretien du matériel et acquisition d'appareils .	2.000 fr.
Indemnité à deux aides électriseurs.	2.800 »
Indemnité au chef de service	2.000 »
	6.800 »
Dépenses extraordinaires :	
Achat d'une nouvelle machine.	1.500 »
Construction d'une annexe à la salle de traitement.	4.500 »
Total	12.000 fr.

4° Création à l'hôpital Saint-Louis d'un laboratoire pour le Dr Quinquaud.

5° A Bicêtre, un service d'isolement qui fonctionne, mais dont il faut doter le personnel.

Voici le détail de la dépense :

Personnel du service des enfants (service d'isolement) :

1 surveillant, 800 fr. ; 1 surveillante, 800 fr.; 1 sous-surveillant, 600 fr.; 1 sous-surveillante, 600 fr.; 1 suppléant, 400 fr.; 1 premier infirmier, 360 fr.; 3 infirmières de 1re classe, à 330 fr., 990 fr.; 21 infirmières de 2e classe, à 300 fr., 6.300 fr.; 1 instituteur 2.100 fr.

Total : 12.950 francs.

Le Conseil a également adopté un amendement de M. Strauss tendant à ouvrir un crédit de 2.000 fr. pour l'entretien du laboratoire d'hygiène à l'hôpital Lariboisière de M. le Dr Proust.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — Le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi, 16 août à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5 et le continuera tous les jours à la même heure. Ce cours essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 25 juillet 1886 au samedi 31 août 1886, les naissances ont été au nombre de 1104 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 386 ; illégitimes, 151. Total, 537. — *Sexe féminin* : légitimes, 414 ; illégitimes, 153. Total, 567.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 juillet 1886 au samedi 31 août 1886, les décès ont été au nombre de 930, savoir : 524 hommes et 406 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde: M. 3, F. 3, T. 6. Variole : M. 0, F. 1, T. 1.— Rougeole : M. 10, F. 16, T. 26.—Scarlatine : M. 3. F. 1, T. 4.— Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12.— Diphthérie, Croup : M. 16, F. 10, T. 26.— Dyssenterie : M. 0. F. 1, T. 1.— Erysipèle : M. 1, F. 0, T. 1. —Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques: M. 00, F. 00, T. 00.—Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 15, F. 13, T. 28. — Phthisie pulmonaire : M. 95, F. 74, T. 169. —Autres tuberculoses : M. 18, F. 13, T. 31.—Autres affections générales : M. 28, F. 28, T. 56.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 15, T. 39. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 12, T. 24. — Pneumonie : M. 30, F. 21, T. 51. — Athrepsie : M. 93, F. 66, T. 159. — Autres maladies des divers appareils : M. 133, F. 113, T. 246. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 26, F. 7, T. 33. — Causes non classées : M. 12, F. 2, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27, illégitimes, 20. Total : 47 — *Sexe féminin :* légitimes, 21 ; illégitimes, 20. Total : 41.

Concours pour le prix Volta — Le ministre de l'Instruction publique vient de fixer la date du concours du prix Volta. Ce prix, d'une valeur de cinquante mille francs, a été institué par décret du 11 juin 1882 en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra l'électricité propre à intervenir avec économie dans l'une des applications suivantes : comme source de chaleur, de lumière, d'action chimique, de puissance mécanique, de moyens de transmission pour les dépêches ou de traitement pour les malades. Le prix sera décerné en décembre 1887. Le concours demeure ouvert jusqu'au 30 juin 1887. Les savants de toutes les nations sont admis à concourir. Une commission, nommée par le ministre de l'instruction publique, sera chargée d'examiner la découverte spécifiée par chacun des concurrents et de reconnaître si elle remplit les conditions exigées.

Faculté de Paris. — *Suppléance des chaires de clinique :* A partir du 1er août prochain et pendant toute la durée des vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris seront remplacés dans leur service hospitalier par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu : Clinique médicale, M. le Dr Robin. — Clinique chirurgicale, M. le Dr Peyrot. — Clinique ophthalmologique, M. le Dr Peyrot. — *Hôpital de la Pitié :* Clinique médicale, M. le Dr Quinquaud. — Clinique chirurgicale, M. le Dr Kirmisson. — *Hôpital de la Charité :* Clinique médicale, M. le Dr Landouzy. — Clinique chirurgicale, M. le Dr Bouilly. — *Hôpital Necker* : Clinique chirurgicale, M. le Dr Paul Segond. — *Hôpital Saint-Louis* : Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, M. le Dr Hanot. — *Hôpital de la Clinique d'accouchements* : Clinique obstétricale, M. le Dr Ribemont. — *Hospice de la Salpêtrière* : Clinique des maladies nerveuses, M. le Dr Raymond. — *Hôpital des Enfants-Malades :* Clinique des maladies infantiles, M. le Dr Hutinel.

Faculté de médecine de Lille. — M. Tavernier est maintenu pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Léon Havrez est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, aide préparateur des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

Faculté des sciences de Besançon. — M. Magnin, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maître de conférences de botanique à la Faculté des sciences de Besançon. M. Lagarde, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physique à la Faculté des sciences de Besançon.

Faculté des sciences de Bordeaux. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Bordeaux : M. Morisot, docteur ès sciences, *physique ;* M. Joannis, docteur ès sciences, *chimie ;* M. Kunstler, docteur ès sciences, *zoologie ;* M. Rodier, agrégé des sciences, *botanique.* M. de Lagrandval, professeur agrégé au lycée de Bordeaux, est chargé, en outre, de faire deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1886-1887.

Faculté des sciences de Caen. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Caen, les docteurs ès sciences dont les noms suivent : M. de Forcrand, *chimie ;* M. Huel, *zoologie ;* M. Lecornu, *mathématiques ;* M. Pauchon, *physique.*

Faculté des sciences de Clermont. — M. Girod, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maître de conférences de sciences naturelles à la Faculté des sciences de Clermont.

Faculté des sciences de Dijon. — M. Forquignon, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Dijon. M. Ribot, professeur agrégé au lycée de Dijon, est chargé, en outre, de faire deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1886-1887.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Gaches, professeur au lycée de Grenoble, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de mathématiques (deux leçons par semaine) à la Faculté des sciences de cette ville. M. Collet, professeur de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'astronomie à ladite Faculté. M. Charruit, professeur agrégé au lycée de Grenoble, est chargé, en outre, de faire une conférence de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1886-1887.

Faculté des sciences de Lille. — M. Damien, docteur ès sciences, est chargé d'un cours complémentaire de physique à la Faculté des sciences de Lille. Sont maintenus, pour l'année sco-

© BIU Santé

laire 1886-1887, dans les fonctions de maître de conférences à la Faculté des sciences de Lille : M. Barrois, docteur ès sciences, *minéralogie* ; M. Hallez, docteur ès sciences, *zoologie*. M. Paillot, licencié ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique à la Faculté des sciences de Lille. M. Buisine, préparateur de chimie générale à la Faculté des sciences de Lille, est maintenu, en outre, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1886-1887.

Faculté des sciences de Lyon. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Lyon : M. Louise, docteur ès sciences, *chimie ;* M. Roux, licencié ès sciences, *chimie industrielle*. M. Autonne, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, de deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de Lyon. M. Vautier, licencié ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chargé de conférences de physique à la Faculté des sciences de Lyon. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chargés de cours complémentaires à la Faculté des sciences de Lyon : M. Lachmann, licencié ès sciences, *botanique* ; M. Gonnessiat, licencié ès sciences, *astronomie*.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Garcin (Alphonse-Gabriel), bachelier ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Feindel (démissionnaire).

Faculté des sciences de Marseille. — M. Jourdan, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chargé de cours complémentaire de zoologie et d'histologie à la Faculté des sciences de Marseille. M. Vayssière, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maître de conférences d'anatomie au laboratoire de zoologie marine annexé à la Faculté des sciences de Marseille. M. Amigues, professeur agrégé au lycée de Marseille, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de mathématiques (2 leçons par semaine) à la Faculté des sciences de Marseille. M. Klein, docteur ès sciences, est chargé pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie industrielle à la Faculté des sciences de Marseille. M. Pauchon, docteur ès sciences, est chargé d'un cours complémentaire de botanique à la Faculté des sciences de Marseille.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Dautheville, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Montpellier, est chargé, à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1886, d'un cours complémentaire de mécanique rationnelle et appliquée. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Montpellier : M. Rouzaud, docteur ès sciences, *sciences naturelles* ; M. Œchsner de Coninck, docteur ès sciences, *chimie ;* M. Curie, licencié ès sciences physiques, *minéralogie*.

Faculté des sciences de Nancy. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chargés de cours complémentaires à la Faculté des sciences de Nancy : M. Guntz, docteur ès sciences, *chimie générale ;* M. Kœhler, docteur ès sciences, *zoologie ;* M. Wohlgemuth, docteur ès sciences, *géologie* ; M. Millot, *météorologie*. M. Fabry, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Nancy. M. Blondlot, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Nancy.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Guitteau, préparateur à la Faculté des sciences de Poitiers, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, de conférences de chimie à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Rennes. — M. Guichard, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Rennes.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Andoyer, agrégé des sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chargé de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Toulouse. M. Rouquet, docteur ès sciences, professeur au lycée de Toulouse, est chargé, en outre, de faire deux conférences par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1886-1887. M. Caralp, licencié ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Toulouse, est chargé, en outre, de faire trois conférences de géologie et de minéralogie par semaine à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1886-1887. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Toulouse : M. Destrem, docteur ès sciences, *chimie ;* M. Roule, docteur ès sciences, *zoologie ;* M. Chauvin, agrégé des sciences, *physique*. Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé à M. Fabre, chargé des fonctions de maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Mouflier, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. M. Doyen, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Chevy (Léon-Eugène), docteur en médecine et licencié ès sciences physiques, est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Assistance publique.—M. Robinet a fait voter dans la séance du 31 juillet du Conseil municipal de Paris un crédit de 289,765 francs pour la construction d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Cochin. Il s'agit de remplacer de vieilles baraques en planches datant du siège par un service construit économiquement, mais d'une façon hygiénique, suivant les exigences de la chirurgie moderne, avec annexes indispensables : salle d'opération, chambre d'isolement, laboratoire, etc. Ce nouveau service occupera une partie de l'emplacement de l'ancienne construction.

Congrès d'hygiène de Biarritz. — *Des excursions qui doivent l'accompagner ou le suivre. — Première partie* : Vendredi 1er octobre : Séance d'ouverture du Congrès à 2 heures. Réception générale le soir. — Samedi 2 octobre : Séance de sections à 8 h. 1/2 du matin et à 1 h. 1/2 de l'après-midi. Le soir, à 8 h. 1/2, Conférence sur la *géologie et l'hydrologie* des Pyrénées, par le Dr Garrigou. — Dimanche 3 octobre : Excursion à Saint-Sébastien. Réception par l'Ayuntamiento. — Lundi 4 octobre : Séances de sections à 8 h. 1/2 du matin et à 1 h. 1/2 du soir. Le soir, à 8 h. 1/2, Conférence sur la *météorologie*, par M. Angot et par M. Teisserenc de Bort. — Mardi 5 octobre : Séances de sections à 8 h. 1/2 du mat. et à 1 h. 1/2 du soir. Excursion à Cambo en voiture : départ à 9 h. du mat. ; arrivée à 11 h. Déjeuner. Visite des Thermes. Retour à Biarritz. Séance générale à 8 h. 1/2 du soir. Conférence sur la *géographie* des Pyrénées, par M. Schrader. — Mercredi 6 octobre : Séances de sections à 8 heures du matin. Départ de Biarritz pour Dax, après déjeuner, par le petit chemin de fer de Biarriiz à Bayonne. Visite des Thermes. Diner. Le soir, réception par la société Borda. Coucher à Dax. — Jeudi 7 octobre : Départ de Dax pour Arcachon. Réception par la municipalité d'Arcachon. Visite au Musée, à l'Aquarium et aux laboratoires de la Société scientifique. Déjeuner à 1 heure offert au Congrès par la municipalité. Visite de la plage, du sanatorium et de la forêt (villas d'hiver). Départ pour rentrer le soir à Biarritz. — Vendredi 8 octobre : Séances de sections à 8 h. 1/2 du matin. Séance générale de clôture de la première partie du Congrès, à 2 heures du soir.

Deuxième partie. — Excursions près des Stations thermales et sanitaires. — Ces excursions seront faites sous la direction générale du *Secrétaire général*, Dr Garrigou. Les visites des établissements thermaux seront particulièrement dirigées par MM. les Médecins inspecteurs, et les questions de gisement, de captage et de conduite des sources exposées par le Dr Garrigou. Ces excursions se feront en chemin de fer, sauf quelques-unes qui seront spécialement désignées, et se feront en voiture. — Samedi 9 octobre : Section A. Salies-de-Béarn. Réception par la municipalité. Visite de la station. Déjeuner Départ pour Pau, où l'on dine et l'on couche. Réception par la municipalité. — Section B. Eaux-Bonnes et Eaux-Chaudes. Arrivée aux Eaux-Bonnes (par voitures depuis Laruns). Visite des Thermes. Diner et coucher. — Dimanche 10 octobre : Section B. Le dimanche matin, visite des Eaux-Chaudes. — Retour à Pau pour rejoindre la section A. Visite de la station climatérique et de ses curiosités. Départ après déjeuner. Voitures à Pierrefitte pour arriver à 5 heures à Cauterets. Diner et coucher. Le soir, Conférence sur Cauterets. Lundi 11 octobre : Visite aux Thermes supérieurs à 8 heures du matin. Déjeuner à 11 heures. A midi, visite complémentaire des Thermes. Départ pour Bagnères-de-Bigorre. Réception par la municipalité. Diner. Séance générale le soir. Coucher. — Mardi 12 octobre : Visite des Thermes à 7 h. 15 m., et de 12 heures à 2 heures. Déjeuner à 11 heures. Départ pour Bagnères-de-Luchon, où l'on dine et l'on couche. Le soir, Conférence sur Luchon. — Mercredi 13 octobre : Départ pour la vallée du Lys à 8 heures (Course offerte gracieusement par les guides). Retour à Luchon à 11 h. Déjeuner. Visite des Thermes et des galeries de captage des sour-

© BIU Santé

ces jusqu'à 5 heures. Dîner. Coucher à Luchon. — Jeudi 14 octobre : Départ pour Toulouse le matin. Arrivée à Toulouse. Déjeuner. Visite de la ville. Dîner. — Vendredi 15 octobre : Départ de Toulouse à 6 h. 10 du matin. Arrivée à Tarascon. Réception par la municipalité. Arrivée à Ussat à 11 heures (à pied ou en voiture). Déjeuner. Visite des Thermes à 12 heures. Départ à 2 h. 15 m. en voiture. Arrivée à Ax à 5 heures. Dîner et Conférence le soir sur Ax. — Samedi 16 octobre : Visite de la station d'Ax à 8 heures du matin. Déjeuner à 11 h. 1/2. Départ à 2 heures. Arrivée à Toulouse. Dîner. Coucher. — Dimanche 17 octobre : Départ pour Carcassonne. Visite de la Cité de Carcassonne à 8 heures. Déjeuner à 11 heures 1/2. Départ pour Béziers à 2 heures. De Béziers à Bédarieux. Départ pour Lamalou en voiture. Dîner à Lamalou. Coucher. — Lundi 18 octobre. Visite de Lamalou (le haut et le centre). Déjeuner à 11 h. 1/2. Visite de Lamalou (le bas) à 1 heure. Départ à 2 h. 1/2 en voiture pour Bédarieux. Arrivée à Montpellier. Visite de l'Observatoire météorologique ; explications données par M. Crova. Dîner et réception.

Troisième partie. — Excursion complémentaire. — Mardi 19 octobre : Départ de Montpellier à 11 du matin. Arrivée à Cette. Déjeuner. Voir la plage et aller coucher à Perpignan. — Mercredi 20 octobre : Départ en voiture à 7 heures du matin. Arrivée au Boulon à 11 heures. Déjeuner. Visite des sources. Départ à 1 heure. Arrivée à Amélie à 3 heures. Visite des sources. Dîner et coucher. — Jeudi 21 octobre : Visite complémentaire d'Amélie. Déjeuner. Départ pour La Preste. — Dîner et coucher à la Preste. — Vendredi 22 octobre : Visite de La Preste. Déjeuner. — Retour en voiture à Perpignan. — Coucher. — Samedi 23 octobre : Perpignan à Prades en chemin de fer. Prades à Olette en voiture. Visite de Thuez et des Graüs de Canaveilles. Retour au Vernet. Dîner et coucher. — Dimanche 24 octobre : Visite du Vernet. Déjeuner. Aller à Moligt. Retour à Perpignan. — Lundi 25 octobre : Départ de Perpignan à 8 h. 25 m. du matin. Déjeuner à Narbonne. Départ pour Carcassonne et pour Rennes-les-Bains. Trajet de 10 kilomètres en voiture, de Couiza à Rennes-les-Bains : Visite des sources. Dîner et coucher. — Mardi 26 octobre : Départ de Rennes à 8 heures du matin. Arrivée à Couiza à 10 h. 40 m. Départ en chemin de fer. Arrivée à Quillan. Déjeuner. Visite de Ginolles et des gorges de Pierrelisse. Visite d'Alet et de Campagne. Arrivée à Carcassonne. Dîner et coucher. — Mercredi 27 octobre : Départ de Carcassonne pour Toulouse. Déjeuner. Départ à 11 h. 25 m. pour Saint-Girons en chemin de fer. De Saint-Girons, départ pour Aulus en voiture. Arrivée à 5 heures. Dîner et coucher. — Jeudi 28 octobre. Visite des sources. — Déjeuner à 11 heures. Départ à 1 heure. Arrivée à Saint-Girons à 4 heures. Visite d'Audinac. Dîner et coucher à Saint-Girons. Vendredi 29 octobre : Départ de Saint-Girons à 7 heures du matin. Déjeuner à Capvern ; visiter les Thermes. Aller coucher à Luz. — Samedi 30 octobre : Visite de Barèges et de Saint-Sauveur le matin. Déjeuner. Départ pour Saint-Christau, où l'on visite l'établissement. Dîner et coucher. Clôture des excursions du Congrès.

LE CAS DE RAGE DE MARIUS BOUVIER. — On a reçu au laboratoire de la rue d'Ulm le bulbe du cerveau de Marius Bouvier qui, mordu par un chat enragé, a succombé à Grenoble, le 21 juillet, après avoir subi le traitement Pasteur. On a pratiqué aussitôt des inoculations sur divers animaux. Dans quinze jours environ on connaîtra leurs résultats. En ce qui concerne celles qui ont été faites à Grenoble sur un lapin et sur un chien, l'opinion de M. Pasteur est qu'elles sont sans valeur. On pense, au laboratoire, que Marius Bouvier a pu ne pas subir toutes les inoculations prescrites. (Voir notre dernier numéro).

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Alfred MARCHE est chargé d'une mission aux îles Mariannes, pour y faire des recherches relatives à la géographie, à l'*Histoire naturelle*, à l'*anthropologie* et à l'*Ethnographie*. — M. E. RAOUL, pharmacien de 1re classe de la marine, est chargé d'une mission scientifique dans les colonies françaises, à l'effet de recueillir des collections d'*Histoire naturelle* destinées à l'Etat.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr ESTOR, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier, mort le 27 juillet 1886, à l'âge de 56 ans. On se rappelle quelle fut sa conduite pendant l'épidémie cholérique de 1884 et le dévouement dont il fit preuve pendant ces jours difficiles. Il alla à Toulon et à Marseille soigner les cholériques à la tête d'une députation d'étudiants. Lors des distributions des récompenses, il fut sinon oublié, du moins sacrifié et n'obtint qu'une médaille d'or. Les étudiants en médecine de Montpellier protestèrent énergiquement, mais en vain : il ne fut pas nommé chevalier de la Légion d'honneur (voir *Progrès médical*, 25 mai 1885). C'était un praticien distingué et un homme très ferme dans ses convictions connues de tous. — M. le Dr BRELLE, médecin militaire de l'armée belge, tué à Liège dans un duel au pistolet. — M. DANNECY, pharmacien en chef des hôpitaux de Bordeaux. — M. POULIET, pharmacien à Bordeaux, mort, d'après la *France médicale*, des suites d'une piqûre qu'il se fit au bras en soignant son fils étudiant en médecine atteint lui-même d'une piqûre anatomique. — *L'Union médicale et scientifique du Nord-Est* annonce la mort du Dr J. L. BRÉBANT, ancien apprenti maréchal-ferrant, instituteur en 1847 à Auménancourt-le-Grand. Il commença ses études médicales à l'école de Reims, y fut nommé interne à l'Hôtel-Dieu, se fit recevoir officier de santé en 1853 et exerça à Voncq, près Vouziers (Ardennes). En 1868, il passa sa thèse de doctorat et s'établit à Reims. Il fut nommé en 1883 président de la Société médicale de cette ville et a été successivement conseiller municipal et conseiller d'arrondissement. Brébant a succombé à Reims le 27 juin 1886 ; à ses obsèques qui furent civiles assistait une grande partie des habitants de cette ville. C'était un esprit voué au culte de la vérité, un homme d'énergie et d'une volonté de fer, un patriote ardent qui fut interné à Magdebourg, en février 1871, à la suite de la guerre avec l'Allemagne. Son seul défaut fut d'être un peu trop philosophe et souvent incompris ; le titre de sa thèse de Doctorat indique bien quelles étaient les idées qui hantaient le cerveau de cet homme original (*Principes de physiologie pathologique appliquée*, 1867). Il a publié une série de mémoires sur le choléra ; on peut consulter à ce propos le journal auquel nous empruntons les éléments de cette courte notice (*U. M. du N.-E.*, 7 juillet 1886). — M. le Dr ORHEHOWSKI, de Varsovie, auteur d'un legs de plus de 500,000 fr. à la Société de Bienfaisance de cette ville. — M. le Dr Hermann MAAS, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Wurzbourg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

CORNIL ET BABÈS. Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et dans l'histologie pathologiques des maladies infectieuses (Deuxième édition). Un volume in-8° de 850 pages, avec 348 figures en noir et en couleurs, intercalées dans le texte. — Prix : 30 fr.

MOSSO. La peur. — Etude psycho-physiologique. Traduit de l'italien sur la 3e édition. Volume in-8° de 179 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

WILLEMIN. Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy. Volume in-12 de 347 pages. — Prix : 3 fr. 50 c.

Librairie ASSELIN et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Essai sur la phthisie pulmonaire tuberculeuse comparée chez l'homme et les autres vertébrés des deux premières classes du règne animal. Brochure in-8° de 72 pages.

Librairie G. CHARPENTIER et Cie.

BONNETAIN (P.) L'opium. Volume in-12 de 607 pages. — Prix : 3 fr. 50 c.

Librairie J. LE CHEVALIER, 23, rue Racine.

JUGE (F.-G.). — La régénération physique de l'homme et de la femme, et celle des animaux domestiques, où la vie désormais continuée dans l'individu comme dans l'espèce. Volume in-18 de 157 pages. — Prix : 2 fr.

LENGER. — Déchirure complète du périnée. — Périnéorrhaphie. — Guérison. — Fibro-myome utérin ; Hémorrhagies incoercibles ; castration ; mort le neuvième jour. Brochure in 8° de 12 pages. — Liège, 1886. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales* : M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — *Médecin* : M. DEBOVE. Consultation les lundi, mercredi et vendredi à 9 heures. — Salle des femmes : 3, hystérie ; 4, tuberculose traitée par la suralimentation ; 5, insuffisance mitrale, pleurésie ; 9, insuffisance mitrale ; 12, cancer de l'utérus ; 17, tuberculose traitée par la suralimentation ; 21, sarcomatose cutanée secondaire ; 22, chorée ; 23, ulcère de l'estomac ; 27, hystérie ; 29, hystérie. — Salle des hommes n° 1 : 1, hystérie à début apoplectiforme ; 4, hémianesthésie hystérique ; 13, dilatation de l'estomac ; 15, sciatique ; 16, ataxie ; 18, insuffisance mitrale ; 21, sciatique ; 23, rhumatisme chronique ; 24, rhumatisme blennorrhagique ; 25, tremblement sénile ; 26, fièvre typhoïde ; 27, fièvre typhoïde ; 31, goutte ; 33, maladie d'Addison ; 42, hystérie ; 46, vertige de Ménière. — Salle des hommes n° 2 : 4, pleurésie purulente ; 9, pleurésie ; 10, pleurésie ; 11, sciatique ; 12, sciatique ; 14, cancer de l'estomac ; 16, paralysie saturnine.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 33. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 AOUT 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — **M. CAZIN.**

Résection de la hanche chez une fille atteinte de tuberculose pulmonaire; — Amélioration considérable de l'état des poumons;

Par **Henri BRESSON**, interne du service.

L'observation suivante nous a paru constituer un document pour la question encore en litige de l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux, aussi avons-nous cru devoir la publier.

Il s'agit d'une enfant tuberculeuse, ayant subi la résection de la hanche, et qui, bien que son état fût à peu près désespéré au moment de l'intervention, a cependant guéri rapidement et nous avons lieu d'espérer complètement; en effet, plus de six mois après l'opération, la malade ne présente aucun accident local et son état général est aussi satisfaisant que possible. Ce résultat presque inespéré tient évidemment à ce que l'opération a été largement pratiquée et l'antisepsie rigoureuse. C'est, croyons-nous, en débarrassant l'organisme d'une cause de perte considérable, représentée par la suppuration de l'article malade qu'on a mis cette enfant en état de résister victorieusement à sa lésion pulmonaire.

Eugénie G..., âgée de 9 ans, entre dans le service le 16 mai 1885 pour une coxalgie gauche. Elle ne présente aucun antécédent tuberculeux : son père et sa mère se portent bien; elle a deux sœurs et un frère, ce dernier seul a eu la gourme. Elle-même, comme antécédents pathologiques personnels n'offre rien de particulier : fracture de la cuisse droite à 3 ans, rougeole et coqueluche à 5 ans; aucune manifestation scrofuleuse avant l'affection qui l'amène à Berck.

Les débuts de la coxalgie furent obscurs et à peu près inconnus. C'est seulement lorsque l'enfant eut présenté, pendant deux mois, de la douleur de la hanche et de la claudication consécutive que les parents l'ont mise au lit, sans toutefois appeler de médecin. La malade resta couchée 4 mois et peu à peu le repos calmant les douleurs, elle se leva et pendant 6 mois on ne s'occupa plus d'elle.

Cependant la douleur de la hanche ne tarda pas à reparaître et en même temps la claudication, le membre se raccourcit, le pied se porta dans la rotation en dedans et bientôt, survenant une douleur intense du genou, l'enfant fut obligée de reprendre le lit et, cette fois, on se décida à appeler un médecin qui mit des pointes de feu sans résultat.

L'état de la malade s'aggravant de plus en plus, on la présenta au Dr Jules Simon qui l'admit dans son service de l'hôpital des Enfants-malades. Là, pendant deux mois, Eugénie G... fut immobilisée dans une gouttière de Bonnet. On lui appliqua ensuite un appareil silicaté qui lui fut enlevé six semaines après. Elle resta ainsi libre de tout appareil pendant six mois, et, son état s'améliorant, on la proposa pour Berck.

L'enfant dit qu'à cette époque elle toussait déjà beaucoup. Ses urines ne présentaient pas de traces d'albumine. Nous en avons depuis pratiqué plusieurs fois l'examen qui toujours a été négatif.

A son arrivée, elle est pâle, chétive, l'appétit est nul, la diarrhée persistante. L'examen de la poitrine révèle, à la percussion, résistance anormale au doigt et matité manifeste aux deux sommets, surtout à droite; à l'auscultation, résonnance exagérée de la toux et de la voix, respiration soufflante, saccadée; nombreux râles humides des deux côtés et aux deux temps. L'enfant est considérablement affaiblie et tousse beaucoup.

Dans le courant de juin, nous constatons un abcès siégeant à la partie supérieure et externe de la cuisse.

Jusqu'au commencement de juillet, l'état de la malade reste stationnaire; à cette époque, survient une forte aggravation à début assez brusque. Il se passe du côté de l'articulation malade, une poussée inflammatoire subaiguë. La collection purulente augmente d'une façon notable. Le 21 juillet, nous constatons une fièvre vive.

En présence de l'état général, et pour éviter l'ouverture spontanée de la collection purulente au niveau de laquelle la peau qui est rouge et amincie, M. Cazin se décide à intervenir, au bistouri et en employant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Le soir même le thermomètre marque 39° ; le lendemain, 38°,5 le matin; 40° le soir, et pendant tout le mois d'août, la température continue à osciller ainsi entre 38° et 40°.

Les signes sthétoscopiques indiquant d'une manière très manifeste l'état tuberculeux des poumons, firent hésiter longtemps; cependant, la famille demandant instamment l'opération et l'état général de la malade s'aggravant chaque jour par suite de la suppuration abondante, le Dr Cazin se décide à pratiquer la résection de la hanche et le 30 août, le thermomètre marquant 40°,2 le matin, il enlève l'extrémité supérieure du fémur et le fond de la cavité cotyloïde.

La température, le soir, redescend à 38°; le lendemain, 39° le matin, 38° le soir; le surlendemain, 37° le matin, 38° le soir; elle oscille ainsi entre 37° et 38°, pendant une quinzaine de jours et redevient normale.

La plaie, faite au bistouri, et dont le fond a été nettoyé à la cuiller de Volkmann s'est réunie par première intention, ne présentant ni fistule, ni accident d'aucune sorte.

Six semaines après, application d'un appareil silicaté, puis l'enfant a commencé à se lever et à marcher avec des béquilles. Depuis deux mois, elle a quitté l'infirmerie, est redescendue aux salles communes, et, son état s'améliorant chaque jour, l'appétit étant revenu, les sueurs et la diarrhée ayant disparu, elle a repris rapidement un certain embonpoint. Les signes sthétoscopiques se sont considérablement amendés. Aujourd'hui, 1er mars, c'est à peine s'il reste au sommet droit seulement une submatité appréciable et si l'auscultation de la fosse sus-épineuse du même côté révèle quelques craquements manifestes à la toux.

L'état local est aussi satisfaisant que possible. L'enfant n'a plus d'appareil, elle peut marcher sans bé-

© BIU Santé

quilles et sa jambe présente à peine un raccourcissement de 1 cent. 1/2.

CLINIQUE MÉDICALE

Déformation du poignet en dos de fourchette chez un rhumatisant, sans fracture antérieure, considérée au point de vue médico-légal.

Par **Achille DEMARS**, interne des hôpitaux.

Le nommé B... Antoine, âgé de 51 ans, entre le 6 juillet 1886 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, pour une arthrite des deux genoux datant déjà de plusieurs années.

Le malade s'est marié à l'âge de 37 ans, et n'est venu habiter Paris qu'en 1879. — Il a eu deux enfants qui sont bien portants. La femme est aussi bien portante. Le père du malade est mort à l'âge de 60 ans; mais était arthritique. Le malade a un frère qui est mort de la poitrine à l'âge de 35 ans. Du côté du malade, on ne trouve aucun antécédent morbide jusqu'en 1870. A cette époque,il est pris de douleurs rhumatismales qui occupent toutes les articulations; on voit coexister en même temps de la fièvre, du malaise. Tous ces symptômes durent à peu près deux mois; puis tout se calme, et on a une guérison complète.

De 1870 à 1876 la santé est bonne, le malade n'a aucun accident. En 1878, fluxion de poitrine qui l'oblige à s'aliter pendant un mois.

En 1884, vers le mois de janvier, douleurs rhumatismales généralisées; au mois d'octobre de la même année,les douleurs se localisent dans les deux genoux, le genou droit est plus douloureux que le gauche. Les autres articulations sont saines. Le malade traîne ainsi jusque dans les premiers jours de janvier 1885, et il entre, à cette époque, à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Gillette; on lui institue un traitement consistant en pointes de feu et appareil silicaté. Ce n'est qu'au mois de mars 1885 que le malade s'aperçoit que ses mains se déforment; les phalangettes sont raides, plus difficiles à mouvoir, restent engourdies; elles commencent à se fléchir sur les phalangines; la main est projetée en masse vers le bord cubital.

L'examen du malade, à son entrée à l'hôpital le 6 juillet 1886, nous montre le genou gauche ayant perdu une grande partie de son mouvement de flexion; il arrive à peine jusqu'à la flexion à angle droit; la synoviale est épaissie; à la palpation on perçoit une crépitation neigeuse caractéristique; la rotule est légèrement mobile; la jambe et la cuisse gauche sont légèrement atrophiées. Le genou droit est gonflé, la synoviale est épaissie; on a à la palpation une crépitation très nette, on pourrait croire, à certains endroits, avoir affaire à de véritables corps étrangers: la rotule est absolument immobilisée; les os paraissent sains; la percussion sur le talon ne révèle aucune douleur du côté des condyles du fémur, ni du côté des tubérosités du tibia. La jambe et la cuisse sont plus atrophiées que la gauche. La jambe droite est privée de tout mouvement de flexion et d'extension; il y a ankylose fibreuse complète: la perte des mouvements date de la fin de l'année 1885. Le malade est obligé de marcher avec des béquilles. Du côté des pieds on voit les phalangettes augmentées de volume et en forme de massue; le troisième orteil est dévié en dedans et caché sous le deuxième orteil.

La déformation la plus intéressante et sur laquelle nous voulons insister porte sur le membre supérieur gauche, et, en particulier, sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Le malade affirme lui-même et est bien sûr et certain que jamais il n'a eu aucun traumatisme, par conséquent la lésion est bien le fait du rhumatisme chronique.

En effet, la première rangée de carpe (scaphoïde, semi-lunaire, pyramidal et pisiforme) est à sa place et les os présentent leur volume normal: mais les épiphyses inférieures du radius et du cubitus sont doublées de volume; l'apophyse styloïde du radius est remontée de 0,01e 1/2 sur l'apophyse styloïde du cubitus: en outre, l'avant-bras présente la déformation très nette en dos de fourchette; et toute la face antérieure de l'avant-bras est incurvée, montrant une concavité antérieure très marquée. On a donc tous les caractères de la fracture du radius; l'augmentation de volume pouvant simuler le cal d'une ancienne fracture, l'apophyse styloïde radiale remontée, et la déformation en dos de fourchette qui pourrait faire croire à une ancienne fracture non réduite de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

En somme, la lésion s'explique très bien par le fait de l'augmentation de volume de l'extrémité inférieure du cubitus, augmentation en épaisseur et en longueur, dont le travail résultant du rhumatisme chronique a porté plus sur le cubitus que sur le radius et a donné lieu à l'allongement du cubitus, d'où l'ascension apparente de l'apophyse styloïde du radius.

Les mains, des deux côtés, présentent la déformation du rhumatisme chronique: les phalangettes sont augmentées de volume et fléchies sur la phalangine (type de flexion de Besnier), les phalangines et les phalanges sont étendues sur les métacarpiens: les articulations phalangetto-phalanginiennes sont volumineuses; ainsi que les deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes; les doigts sont déviés en masse et déjetés sur le bord cubital de la main.

A l'auscultation du cœur on a un souffle systolique au premier temps et à la pointe, du reste le malade est sujet aux palpitations. Les poumons, le foie, la rate sont normaux. Les urines ne présentent ni sucre ni albumine.

Cette déformation de l'avant-bras que nous signalons, sans qu'il y ait eu fracture, est surtout intéressante au point de vue médico-légal. Si on a à faire l'autopsie d'un rhumatisant chronique, évidemment par l'incision des parties molles et le grattage des os on fera tout de suite le diagnostic. Mais supposant le cas d'un malade dont l'articulation radia-carpienne de la main droite est ankylosée, et qui vient vous demander un certificat d'incapacité de travail, vous disant qu'il s'est cassé le bras, il faudra alors être très circonspect et examiner sérieusement le malade du côté des autres articulations; et dans le cas où l'on se trouverait en présence d'un rhumatisant chronique, suspendre son diagnostic et réfléchir à deux fois avant de lui signer son certificat.

TÉRATOLOGIE

Ectromélie unilatérale. — Rein unique. — Inclusion de la verge — Cloaque vésico-rectal. — Tumeur mixte (*fibro-sarcome*) du périnée, etc. (1);

Par **BOURNEVILLE** et **BRICON**.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Dans les parties de la tumeur siégeant autour du pubis on trouve, à l'examen histologi-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 32, p. 651.

© BIU Santé

que, un stroma fibreux épais et abondant, circonscrivant des alvéoles irrégulières qui contiennent des cellules embryonnaires; ce tissu fibreux se rencontre dans toutes les parties de la tumeur, mais prédomine dans les endroits d'apparence fibreuse; il diminue, et même cède le pas aux cellules embryonnaires dans les parties molles, jeunes, de la tumeur, telles que sur le rectum. — La nature des cellules, la disposition des travées fibreuses ne permet pas à un examen attentif de s'arrêter à l'idée d'un carcinome, ce que nous avions pensé au début après un examen hâtif et superficiel. En résumé, ainsi que le pensait M. Cornil, nous avons ici affaire à un sarcome, à un fibro-sarcome.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le pavage en bois aux abords des hôpitaux.

On a reconnu depuis longtemps les immenses avantages que présente le pavage bien fait des chaussées, surtout dans l'intérieur des grandes cités, et plus particulièrement au milieu d'une ville comme Paris. En effet, un pavage soigné place les habitations construites de chaque côté des rues dans des conditions meilleures de salubrité : s'il est fait avec des matériaux qui se désagrègent difficilement, il supprime pendant l'été, en majeure partie du moins, les effets néfastes de la grande quantité de poussière qui serait mise sans cesse en mouvement par le passage ininterrompu des voitures ; et pendant l'hiver permet d'éviter la formation d'une trop grande masse de boue. S'il est, en outre, suffisamment résistant, il supporte sans se détériorer les véhicules les plus pesamment chargés; dès lors il a une durée assez longue et n'exige que des réparations peu fréquentes, ce qui n'est point à dédaigner, question pécuniaire à part, car on sait que les travaux de terrassements et les grands mouvements de terre sont des conditions favorables au développement d'affections miasmatiques, par exemple la malaria. On le voit donc, le meilleur pavage est en général celui pour lequel on utilise des matériaux présentant une extrême cohésion.

A Paris, le pavage des rues présente quatre types principaux. Le plus ancien et le plus répandu est le pavage en *pierres solides*. Presque toujours on emploie un grès d'une dureté notable, dit grès lustré (géologiquement, c'est le grès des sables de Fontainebleau); il est très rare qu'on se serve du granit. Un autre système, très communément utilisé aussi dans certaines villes d'Angleterre, consiste dans l'emploi du *macadam*; mais à Paris, où le mouvement des voitures est considérable, cette sorte de pavage n'a pas donné de bons résultats. Citons enfin le pavage à l'*asphalte* ou au *ciment de Portland*, et le pavage *en bois*, récemment introduit en France.

Nous n'avons pas l'intention d'insister plus longuement ici sur la façon, très variable d'ailleurs, dont on pratique le pavage à Paris. Si nous avons cru devoir mentionner les systèmes employés exclusivement aujourd'hui, c'est que nous voudrions, dans l'intérêt de tous, attirer l'attention des pouvoirs publics sur les avantages de tel ou tel système dans des conditions données, et en particulier ceux du pavage en bois dans les rues avoisinant les établissements d'utilité générale aux abords desquels il doit se produire le moins de bruit possible.

Parmi ces établissements, il faut citer en première ligne les hôpitaux et hospices situés dans Paris et longés par des rues très fréquentées. Assurer aux malades la tranquillité, le calme dont ils ont besoin pour mener à bien le traitement qu'ils subissent, n'est-ce pas une préoccupation bien légitime de la part du médecin et du chirurgien d'hôpital? Il doit même faire tout ce qu'il peut dans ce sens lorsqu'il s'agit de maladies sérieuses, d'opérations graves. Ce n'est donc pas faire preuve d'un zèle exagéré, ce n'est donc pas chercher la petite bête que de se demander quels sont les moyens à employer pour diminuer autant que faire se pourra l'intensité du bruit qui forcément se produit dans les rues adjacentes aux hôpitaux quand la circulation des voitures est très active au voisinage de ces établissements.

Le seul moyen pratique, le voici : transformer les chaussées en une surface absolument plane, unie, sans ornières ; de cette façon, les cahotements seront exceptionnels et en tous cas peu intenses. D'autre part, choisir pour pavage des matériaux tels que le frottement des roues sur la chaussée s'accompagne d'un bruit aussi faible que possible.

Le pavage à l'asphalte ou au ciment, et surtout le pavage en bois, réalisent admirablement ces conditions et c'est là, pour ces sortes de pavages, un de leurs avantages les plus précieux. Cependant l'asphalte et le ciment ont quelques inconvénients qui les ont fait repousser : ils sont moins résistants que le pavage en grès ordinaire (quoique ayant une assez notable solidité, qu'on peut dans une certaine mesure, comparer à celle du macadam); et de plus ils doivent céder le pas au pavage en bois. En effet, ce dernier, aussi peu fragile que le pavage en grès, lorsqu'il est fait dans de bonnes conditions, a en outre la propriété d'amortir encore davantage les sons et de ne pas devenir malléable sous l'influence d'une température un peu élevée, comme l'asphalte. Enfin, il se conserve très bien (on sait que des expériences variées ont démontré sa conservation après 44 ans (1), et cela est d'une importance capitale.

Au point de vue qui nous occupe, le pavage en bois doit donc être préféré et être employé à l'exclusion du pavage en grès, si l'on tient véritablement à diminuer l'intensité du bruit causé par le passage des voitures. Tout ceci a été bien compris depuis longtemps et, du jour où cette sorte de pavage est devenue pratique, on l'a utilisée largement pour les voies les plus fréquentées et pour les rues voisines des grands établissements publics, tels que le Palais de Justice, l'Opéra, le Théâtre Français, l'Odéon, etc., sans que toutefois il supplante complètement l'asphalte qu'on trouve encore sur la place Notre-Dame, devant l'Hôtel-Dieu, à la Bourse, en face l'entrée de l'Ecole de Médecine, etc. On le voit, on a pensé de suite aux théâtres, aux églises même; par contre, on a presque complètement oublié les hôpitaux (2). C'est à peine si devant Necker et les Enfants-Malades on trouve quelques mètres de pavage à l'as-

(1) *Revue scientifique*, 1885, n° 2, p. 63.
(2) Une exception est faite pour l'Hôtel-Dieu; toutes les rues voisines sont recouvertes d'asphalte.

© BIU Santé

phalte ; si, dans la rue des Saints-Pères, d'un côté de la Charité, il y a un peu de pavage en bois. Il existe pourtant un certain nombre d'hôpitaux qui sont situés dans des points où le mouvement est considérable, où le bruit est assourdissant, et jamais on n'a songé à remplacer dans les rues voisines le pavage en grès par le pavage en bois ou un autre. Nous citerons Saint-Antoine, la Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis (nous pourrions en nommer plusieurs autres). Le pavage en grès de cette dernière rue est dans un si mauvais état que tous les habitants du quartier et les malades de la Maison Dubois s'en plaignent constamment et avec juste raison. La rue Saint-Denis, en raison de son voisinage avec la gare du Nord, est très passagère, la nuit aussi bien que le jour ; d'où un vacarme insupportable.

D'ailleurs, cette question à été maintes fois soumise au Conseil municipal. Récemment encore, M. le prof. Trélat adressait à cette assemblée une pétition à ce sujet (1). M. Hovelacque, qui recommandait la demande en question, l'a appuyée avec force, la trouvant absolument justifiée. Il s'agissait d'obtenir le pavage en bois pour la partie de la rue Jacob qui longe l'hôpital de la Charité. M. Hovelacque, en attirant l'attention du Conseil sur cette question, a rappelé qu'on n'en était point à la première pétition et que malgré cela on n'avait rien fait. Il a ajouté qu'il souhaitait vivement une solution favorable ; aussi la demande de M. le professeur Trélat a-t-elle été renvoyée à la troisième commission.

Il nous semble inutile de redire encore une fois que l'Administration s'occupe bien peu de toutes ces questions et d'autre part que le rédacteur de ce journal, entre autres, a maintes fois réclamé le pavage en bois devant et au pourtour de tous les hôpitaux, sans dictinction. Elle semble ignorer qu'à chaque pétition le Conseil a toujours émis une opinion favorable. Oh! que c'est bien là l'Administration ! Il suffit que le public signale une amélioration facile à réaliser pour qu'elle croie de suite avoir à vaincre des obstacles insurmontables et pense qu'on exige d'elle un effort surhumain. On ne peut mettre en avant la question pécuniaire : il serait trop aisé de montrer que la Ville de Paris fait chaque jour des dépenses moins utiles. Qu'est-ce donc qu'on attend ? Pourquoi tergiverser indéfiniment ? Les ouvriers demandent du travail de tous côtés ; en voilà d'assuré pour quelque temps.

Quoi qu'il advienne, nous aurons, pensons-nous, rendu service à la population des hôpitaux en réclamant avec instance l'exécution des travaux nécessaires pour le remplacement du pavage en grès par le pavage en bois aux abords de ces établissements. On parle beaucoup de l'isolement des hôpitaux (et nous reviendrons d'ailleurs quelque jour sur ce sujet) ; n'est-ce pas, dans une certaine mesure, contribuer un peu à les isoler, que de leur assurer plus de calme et de tranquillité. Les malades au moins, sinon le personnel, se croiront dans une maison placée à l'écart du mouvement parisien, malgré sa situation au centre de la ville.

(1) Voir *Bulletin municipal officiel*, du 10 juillet 1886.

Les plaques commémoratives dans les hôpitaux.

Nous apprenons qu'une plaque commémorative va être placée, aux Enfants-Malades, à côté de celles qui existent déjà en trop grand nombre dans cet hôpital, en l'honneur de J. Dussaud, interne provisoire, mort récemment des suites d'une diphtérie contractée dans son service.

L'Administration de l'Assistance publique a raison de ne pas perdre cette louable habitude ; et serait-ce seulement pour montrer aux jeunes étudiants qu'elle n'oublie aucun de ceux qui lui prêtent un utile concours, qu'elle conserve précieusement leur mémoire, elle ne doit pas hésiter à inscrire, bien en vue, sur les murailles de ses établissements meurtriers, les noms de ceux qui meurent au champ d'honneur.

Dans notre avant-dernier numéro, en annonçant le décès de Dussaud, nous signalions déjà qu'elle ne ménageait pas ses éloges à ceux qui succombent en faisant leur devoir. C'est bien, très bien même, mais, il faut qu'on le sache, en rendant justice à ces victimes de la profession médicale, elle ne fait elle-même que strictement son devoir. Au nom de tous les médecins, nous ne marchandons cependant pas nos remerciements, tant il est vrai que le devoir est souvent plus difficile à remplir qu'on ne se l'imagine.

Nous tenons, à ce propos, à ajouter encore quelques mots : Il en est qui, pour ne pas tomber sous les coups de la terrible maladie qui en enlèvent tant d'autres, n'en sont pas moins frappés et en supportent pendant longtemps les fâcheuses conséquences ; on sait qu'ils sont nombreux ceux-là. Ont-ils jamais eu ou auront-ils jamais la moindre compensation ? N'y a-t-il donc aucun mérite à aller bénévolement contracter la diphtérie au chevet d'un malade ; pour être un héros, pour être une victime du devoir est-il donc absolument nécessaire de ne point guérir. Comme nous le disions, et nous ne saurions trop le répéter ici, faut-il donc au moins mourir pour qu'on s'intéresse un peu à votre sort. A bon entendeur, avis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 août 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vanlair communique les résultats de ses recherches sur l'*innervation indirecte de la peau*. Il rappelle que, d'après la théorie de MM. Arloing et Tripier, la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique d'un nerf sectionné, s'explique par la récurrence, jointe à la diffusion des fibres nerveuses. M. Vanlair affirme que la dispersion collatérale suffit à elle seule pour garantir la sensibilité de la surface cutanée, après la section des nerfs, par le moyen de vastes emprises et même, en certains cas, par la superposition complète d'un district nerveux sur un autre. Les échanges nerveux périphériques s'opèrent non seulement entre branches d'un même nerf, mais encore entre nerfs appartenant à des plexus différents. Quant au trajet des fibres collatérales, elles parcourent, la plupart du temps, les masses profondes du membre et viennent émerger de chaque point de la surface aponévrotique, pour pénétrer directement et isolément dans la peau. D'après M. Vanlair, la suspension de la sensibilité consécutive à la section du

© BIU Santé

nerf, est due à l'action inhibitrice exercée sur les centres des fibres intéressées.

M. Houssay dépose une note sur le *système artériel des scorpions.*

M. Dareste continue ses recherches sur la *production des monstruosités dans l'œuf de la poule.* Il a montré depuis longtemps que le germe, avant de mourir, traverse une période dans laquelle il est atteint dans sa vitalité et ne peut évoluer que d'une manière tératologique. Ses dernières expériences prouvent que l'apparition des monstres ne résulte pas seulement de changements dans les conditions physiques de l'incubation, mais qu'elle peut être produite par des modifications du germe, antérieures à la mise en incubation.

M. Causse étudie les *combinaisons de chloral et de résorcine.*

M. Maurice Lévy lit un long rapport sur les expériences de M. Marcel Desprez, relatives au *transport de la force par l'électricité.* La commission, au nom de la science et de l'industrie, adresse ses chaleureuses félicitations à M. Marcel Desprez pour les admirables résultats qu'il a obtenus.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 août 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Luys a renfermé, dans des tubes scellés à la lampe, différentes substances, vin, liqueurs, eau distillée, etc., et les a placées en divers points du corps de sujets hypnotisés. Il a alors noté divers phénomènes paraissant être assez bien en rapport avec la symptomatologie ordinaire de ces substances ; parfois l'action a été hémilatérale.

M. Dumontpallier demande si M. Luys s'est bien mis à l'abri des phénomènes d'auto-suggestion et de suggestion mentale,

M. Ch. Richet a fait, lui aussi, diverses expériences. Ses flacons, il est vrai, n'étaient pas scellés à la lampe ; néanmoins, il croit avoir obtenu des résultats assez concluants. Il reste surtout à déterminer si ces phénomènes observés ne sont pas tout simplement de la plus grande banalité, si l'oppression, l'angoisse que l'on observe souvent ne sont pas communes à toutes les substances expérimentées. L'auteur a essayé également de se mettre à l'abri des phénomènes de suggestion mentale en ignorant complètement quelle était la substance avec laquelle il expérimentait, mais il ne croit pas avoir complètement réussi à ce sujet.

M. Luys désirerait qu'on en termine une bonne fois avec la suggestion mentale qui s'étale aujourd'hui dans toutes les publications. La transmissibilité directe de la pensée d'un cerveau à un autre cerveau n'existe pas et ne saurait exister ; autrement le langage deviendrait complètement inutile. Pourquoi s'appuyer sur une hypothèse depuis longtemps démontrée fausse. Pourquoi s'abriter sous le voile du surnaturel : la suggestion mentale appartient à la théologie.

M. Ch. Féré ne croit pas plus que M. Luys à la transmissibilité directe de la pensée ; interprétée dans ce sens, la suggestion mentale n'existe pas pour lui. On a eu beau faire, mettre en avant le calcul des probabilités, les opérateurs consciencieux n'ont pas encore apporté un seul argument en faveur de cette hypothèse. Il faut toutefois chercher la solution des phénomènes observés, et ce n'est pas en parlant de théologie qu'on y parviendra. C'est à la physiologie qu'il faut s'adresser. Stricker, dans son ouvrage sur la *parole intérieure*, a montré que toute idée éclose dans notre cerveau se traduisait extérieurement par un mouvement des lèvres, par quelque chose qui n'échappait pas à l'observateur prévenu. C'est de ce côté qu'il faut chercher surtout si l'on réfléchit à l'exaltation des sens des somnambules.

M. Dupuy fait observer que la théorie émise par Stricker appartient à H. Jackson qui en a fait la base de sa théorie des localisations cérébrales.

M. Petit, médecin de la marine, communique le résultat de ses recherches sur l'*ulcère* des pays chauds. Cette lésion est évidemment de nature parasitaire, car on a observé très nettement des exemples de contagion. L'examen microscopique révèle deux variétés d'organisme, des coccus et des bacilles. Les substances les plus antiseptiques ne guérissent pas cet ulcère qui ne cède qu'au raclage.

M. Capitan fait une communication sur l'*hémorrhagie cérébrale avec inoculation ventriculaire* (sera publiée).

M. Assaky, pour élucider le mécanisme de la formation des nouvelles fibres nerveuses qui suivent les fils de catgut réunissant du nerf stationné, a fixé une extrémité du nerf au tissu cellulaire, laissant l'autre libre. Il ne s'en forme pas moins de nouvelles fibres dont l'auteur étudiera ultérieurement les propriétés.

MM. Charrin et Roger ont étudié l'action antiseptique de la bile et des sels biliaires. Il résulte de leurs expériences que la bile fraîche ne gêne pas notablement le développement des microbes de l'intestin. Les divers sels possèdent des propriétés antiseptiques variables : le plus antiseptique de tous est le taurocholate.

M. Vasseaux remet une nouvelle note sur la *pathogénie du chalazion.*

N. B.— *La Société prend des vacances jusqu'en octobre.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 août. — Présidence de M. Sappey.

M. Le Fort présente un fibrôme intra-péritonéal pesant 9 livres, extrait par la gastrotomie. L'auteur pense que dans les cas de tumeur aussi volumineux, l'ablation directe est préférable à l'ablation des ovaires que l'on préconise aujourd'hui pour le traitement des tumeurs utérines. M. Le Fort présente, en outre, un utérus en état d'inversion enlevé par le vagin au moyen de la ligature élastique.

L'Académie, malgré les efforts de M. Gallard, décide que la discussion générale sur l'alcoolisation des vins est close et qu'on passera à l'examen des articles.

M. Bergeron donne lecture des conclusions définitives adoptées par la commission et que nous avons reproduites dans le précédent numéro ; il explique en même temps quelles considérations ont amené certaines modifications dans les premières conclusions adoptées par la commission.

M. Riche parlant sur la première conclusion qui considère le vinage comme nuisible à un point de vue relatif, demanda que, puisqu'il est reconnu que les dangers viennent de l'impureté des alcools employés dans l'industrie des vins, il soit bien indiqué dans la loi que le vinage avec des alcools impurs est proscrit d'une façon absolue, et que, seul le vinage avec des alcools parfaitement purs est toléré. Il fait remarquer, en outre, que pour le sucrage des vins, il serait préférable de remplacer le mot de sucre cristallisé par celui de sucre raffiné ; car des sucres non raffinés peuvent cristalliser et l'on peut se trouver alors en présence de produits défectueux.

Quant à l'installation de laboratoires d'analyses demandée par la commission, il est juste de dire que le gouvernement a déjà pris l'avance, puisque nombre de ces établissements fonctionnent dans les villes de douanes et dans les villes sucrières.

M. Chatin rejette complètement le vinage par l'alcool. Le sucrage seul au moment de la fermentation doit être toléré, on doit également rejeter le sucrage au moyen des raisins secs, car le sucre qui y est contenu est interverti et sa nature profondément altérée. A plus forte raison doit-on proscrire le vin fait exclusivement avec du raisin sec.

M. Riche persiste à croire que le vinage avec l'alcool pur est supérieur au vinage avec l'alcool de vin et au sucrage qu'on introduit dans le vin d'autres produits que l'alcool.

M. Gallard ne prétend pas que le vinage soit une industrie bonne en elle-même et qu'il faille encourager ; mais ce qu'il soutient, c'est que si ses pratiques sont blâmables, elles ne sont pas dangereuses. Il ne saurait, comme l'ont fait plusieurs orateurs, considérer le vin comme un aliment

© BIU Santé

vivant ; le vin est plutôt un corps mort, résultat de la fermentation et contenant des principes et des organismes vivants qui s'y sont développés successivement. Ce qui fait le danger des vins, ce n'est pas l'alcool en lui-même, c'est l'excès de cet alcool ; ce n'est pas la qualité, c'est la quantité. D'ailleurs, il est presque impossible de reconnaître si de l'alcool a été ajouté à du vin ; on est obligé d'avoir recours à des moyennes et quelles garanties ces moyennes peuvent-elles fournir si l'on envisage que certains vins contiennent 6 0/0 d'alcool, tandis que d'autres en offrent 20 0/0 ! Dans de telles conditions, il semble à M. Gallard que l'Académie ferait sagement de revenir à ses conclusions de 1870 et d'autoriser le vinage fait avec des alcools purs.

M. Rochard s'en tient aux conlusions de la commission pour cette raison que : permettre l'usage des alcools purs serait ouvrir la porte à une foule d'abus, à ceux précisément qui existent de nos jours. Que si, d'un autre côté, le vinage est jugé indispensable dans certains cas, le gouvernement l'autorise sous réserves, mais l'Académie n'a pas à entrer dans les questions d'ordre économique ; elle ne doit parler qu'au nom de l'hygiène et, à ce point de vue, il est incontestable que l'alcoolisation des vins est dangereuse. Il rejette donc la proposition de M. Gallard.

Sur la proposition de M. Besnier, l'Académie décide que la discussion est renvoyée à une nouvelle séance dont l'époque est indéterminée. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 avril 1886. — Présidence de M. Cornil.

18. Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (Foie. — Epiploon. — Petit-bassin) ; par Clado.

Je dois à l'amabilité de mon excellent collègue et ami Gilly les pièces que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société anatomique, pièces qui proviennent d'une malade morte dans le service de M. Rendu, à l'hôpital Necker.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve de nombreux kystes, dont le volume est variable, appendus au grand épiploon et remplissant la grande cavité abdominale. Des kystes semblables se voient dans la cavité du petit bassin et autour des organes du trépied pelvien, ainsi que dans le foie. Le péritoine n'est nullement altéré, et dans la cavité abdominale, il n'y a aucune espèce de liquide.

Foie. Le volume est conservé normal. L'organe ne dépasse pas le rebord des fausses côtes ; le péritoine qui le recouvre est lisse et poli. Sur la face supérieure du foie, du côté du lobe droit, il existe deux kystes hydatiques très volumineux qui remplacent pour ainsi dire tout le lobe de ce côté. Le premier, beaucoup plus volumineux que celui qui est en arrière, contient plus de cinquante hydatides filles, à contenu transparent pour la plupart, se pressant les unes contre les autres dans cette poche qui contient à peine un demi-verre de liquide. — Ces hydatides varient entre le volume d'une lentille et celui d'une noix. La poche mère est régulièrement tapissée par sa membrane anhyste et par une membrane granuleuse, qu'on retrouve sur tous les points de la face interne de la membrane anhyste. La membrane adventice est dense et présente une épaisseur qui est partout la même. Il n'existe pas d'amincissement ni d'adhérence à sa partie supérieure ou diaphragmatique. La membrane granuleuse, ainsi que le liquide de ce kyste, sont colorés en jaune orangé par la bile. Il ne m'a pas été possible de retrouver la perforation qui a donné accès à la bile. Le kyste postérieur, plus petit, contient un liquide transparent et quelques hydatides filles. La membrane granuleuse qui le tapisse est discontinue. Il est à remarmarquer que les deux poches qui proéminent fortement en haut du côté du diaphragme, et qui se développent au dépens de la capacité du poumon droit, n'ont pas contracté d'adhérences avec le péritoine diaphragmatique, qui reste absolument sain dans toute son étendue.

Sur le lobe gauche du foie se trouve un autre kyste presque énucléable, qui ne tient plus que par une étroite base, mais qui, cependant, présente, comme paroi inférieure, la substance hépatique elle-même et non point le péritoine. Sur la face inférieure, un groupe de quatre hydatides se trouve logé dans le sillon transverse du foie. Ces hydatides, dont chacune mesure le volume d'une noix, compriment le canal cystique et empêchent l'ascension rétrograde de la bile. La vésicule biliaire se trouve en effet complètement vide. Ses parois présentent un aspect fibreux. A la partie antérieure du foie, à côté de la veine ombilicale, trois autres hydatides sont appendues à la façon d'un polype sur le bord antérieur du foie et retenues là par un repli péritonéal. Leur volume est à peu près celui des précédentes. Il est probable que ces hydatides se sont développées dans le ligament falciforme et, ayant entraîné le péritoine, se sont pédiculisées au dépens de lui. Le parenchyme du foie est fortement graisseux dans toute son étendue.

Les hydatides développées dans les lames épiploïques sont un rare et curieux exemple de localisation péritonéale. Elles flottent toutes avec facilité dans la cavité abdominale et ne présentent aucune adhérence soit entre elles, soit avec les organes avoisinants. Chacune d'elles offre à peu près le volume d'une grosse mandarine. On en compte une vingtaine. En examinant avec attention leurs faces, on acquiert bien vite la conviction qu'elles se sont développées dans l'épaisseur même des lames épiploïques, probablement sur le trajet des vaisseaux. Elles sont en effet recouvertes sur leurs deux faces par la séreuse péritonéale, qui cependant n'est représentée sur quelques points que sous la forme de brides membraniformes absolument lisses. L'anatomie normale du grand épiploon nous explique cette apparence. Toutes sont composées d'une membrane fibreuse adventice et d'une membrane anhyste. Leur contenu est ou bien transparent, ou légèrement roussâtre. Nulle part il n'y a de pus. Dans aucune d'elles nous n'avons trouvé des hydatides filles, pas plus que de membrane granuleuse. L'estomac et les intestins, absolument sains d'ailleurs, sont repoussés en arrière par les nombreux kystes et forment un coussinet sur lequel ces derniers reposent.

Dans le grand bassin, il en existe quelques-unes, toutes sous le péritoine et facilement énucléables. Dans la cavité pelvienne, nous trouvons également de ces kystes, qui sont tous groupés autour du trépied pelvien. Entre la vessie et l'utérus, il en existe un qui repousse la vessie en avant. Il est recouvert par le péritoine utéro-vésical. Entre l'utérus et le rectum, nous en rencontrons deux autres accolés, recouverts par le péritoine recto-vaginal et comprimant le rectum contre l'excavation sacrée. Cet intestin est dilaté au point d'admettre le poing fermé. Le cul-de-sac de Douglas ne se fait plus au dépens du rectum et de l'utérus, mais il est limité en avant par ce dernier organe et en arrière par les deux kystes réunis. Les arcades de Douglas existent de chaque côté. Chacun des trois kystes qui viennent d'être décrits ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule. Entre les deux feuillets des ligaments larges droit et gauche, nous observons également des petites tumeurs kystiques, dont le volume varie entre une noisette et une noix. Il en existe trois à gauche et deux à droite. L'utérus et ses annexes n'offrent aucune altération. Il en est de même de la vessie qui, sauf un peu de congestion du trigone, normal d'ailleurs, est dans un état parfait de conservation. Tous les kystes de la cavité pelvienne sont vierges d'hydatides filles, sauf celui qui est situé entre la vessie et l'utérus, qui en contient trois. Si l'on fait sauter dans le creux de la main un de ces kystes, ou encore une des hydatides filles, on obtient très nettement le frémissement hydatique. C'est là encore une preuve en faveur de la théorie qui admet que ce frémissement résulte de la vibration des parois des hydatides et non point de leur collision.

Réflexions. — La situation anatomo-pathologique de ces kystes est assez intéressante pour que nous cherchions à pénétrer le mécanisme de leur migration. A cet effet, trois hypothèses doivent être discutées : 1° Que les ecchynoco-

© BIU Santé

ques, après avoir pénétré dans la circulation veineuse, ont été transmis dans le segment artériel de la grande circulation et de là lancés dans les régions précédemment indiquées. 2° Qu'arrêtés dans le foie, ils ont été semés dans la cavité abdominale par la rupture de la poche hépatique. 3° Enfin, qu'après leur pénétration dans la circulation des radicules portes, ils se sont arrêtés dans la sphère de ces radicules ou dans les veinules qui communiquent avec elles.

La première hypothèse est inadmissible. En effet, indépendamment des arguments qui peuvent être tirés de l'absence de vésicules dans les autres viscères, ce seul fait de leur présence dans les lames du grand épiploon, sans qu'il y ait de kystes ni dans le petit épiploon, ni à la surface de l'estomac, du gros intestin ou du mésentère, suffit pour écarter cette idée. En faveur de la seconde hypothèse plaident les observations qui existent dans la science, où une rupture de poche hépatique a semé des vésicules filles dans la cavité péritonéale sans phénomènes de péritonite, et sans symptômes généraux, sauf un peu d'urticaire accompagné ou non de fièvre. En faveur de cette idée plaiderait encore l'ancienneté relative des poches hépatiques; mais contre elle nous pouvons invoquer l'absence de déchirure ou de cicatrice évidente du côté des poches kystiques du foie; la présence de ces hydatides entre les lames mêmes du grand épiploon. — Il nous faudrait donc admettre, dans le cas où la deuxième hypothèse nous paraîtrait séduisante, qu'après la déchirure du kyste hépatique, les vésicules filles ou les ecchynocoques ont pénétré par l'arrière cavité des épiploons entre les lames du tablier gastro-colique; mais on sait que les quatre feuillets de ce tablier, décrits en anatomie, sont schématiques et tout à fait confondus chez l'adulte en une membrane simple contenant des vaisseaux. Contre elle encore, nous pouvons arguer de la présence dans le péritoine des poches hydatiques de la cavité pelvienne. Par exclusion, nous arrivons donc à la troisième hypothèse, et voici, je crois, de quelle façon la migration s'est effectuée : Les ecchynocoques ont dû pénétrer par toute la surface du gros intestin et peut-être aussi de l'intestin grêle. Un certain nombre d'entre eux se sont arrêtés dans les lames du grand épiploon, en voyageant dans les longues veinules qui partent du gros intestin et remontent, conduites par cet épiploon, du côté des veines de l'estomac. D'autres ont été transportés par la veine porte dans le parenchyme hépatique; enfin, ceux qui ont pénétré dans les veines hémorrhoïdales se sont arrêtés dans le petit bassin et de là ils ont voyagé par les nombreuses communications de ces veines avec les veines utérines et les veines du ligament large dans les régions précédemment décrites. — *Viscères* : Dans les autres viscères, on n'a absolument rien trouvé.

19. M. Léonard présente des *kystes hydatiques du poumon*. Il s'agit d'un homme de 36 ans entré dans le service de M. Proust avec tous les signes d'un pneumo-thorax gauche. Une ponction fit évacuer 2 litres de pus. L'empyème fut pratiqué et ne donna pas issue à des hydatides. Pourtant, l'homme étant mort le jour même par syncope, la plèvre fut trouvée pleine d'hydatides secondaires à liquide clair, hydatides vivantes nageant dans le pus. La surface du poumon gauche est farcie de petits kystes. Il y en a également sur le péricarde. Mais la cavité pleurale n'est pas tapissée par une membrane hydatique.

M. Cornil explique le fait par la rupture d'un kyste hydatique dans la plèvre à la suite de l'empyème.

M. Blocq demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre adjoint.

Séance du 16 avril 1886. — Présidence de M. Cornil.

20. Lithiase biliaire. — Angéiocholite suppurée. — Endocardite végétante mitrale. — Constatation dans la végétation et dans les abcès biliaires de la même espèce de bactéries ; par M. Martha, interne des hôpitaux.

Une femme de 23 ans entre, le 13 mars, dans le service de M. le Dr Audhoui à la Pitié. Comme antécédents personnels on ne trouve chez cette malade qu'un rhumatisme articulaire aigu, ayant duré quinze jours, à l'âge de 21 ans. Il y a quinze jours, elle fut prise de coliques hépatiques ; les douleurs au niveau de l'hypochondre droit persistèrent plusieurs jours. Comme son état général continuait à s'aggraver, la malade entre à l'hôpital.

13 *mars*. La malade est très faible; elle présente une teinte ictérique généralisée; les membres inférieurs sont le siège d'un œdème assez considérable. A l'auscultation du cœur on entend un souffle systolique à la pointe. Râles ronflants et sibilants dans la poitrine. Albumine dans les urines. Température 39°. Les jours suivants cet état persiste et la malade meurt le 15 avril. La température avait oscillé entre 38 et 39 degrés.

Autopsie. Au niveau de la valvule mitrale, on trouve une dizaine de végétations d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'un haricot ; elles ont une couleur blanche tirant légèrement sur le jaune. Pas d'athérôme. Le foie, à la coupe, est parsemé d'une grande quantité de petits points jaunes ou verdâtres laissant écouler un liquide purulent. En suivant les canaux biliaires, on arrive à mettre à nu un grand nombre de petits calculs biliaires. Les canaux biliaires sont dilatés. En certains points, il existe autour des conduits une infiltration purulente; en d'autres, il n'y a que de l'angiocholite catarrhale. Le poumon droit présente à sa base un infarctus gros comme un marron d'Inde, produit par un débris de végétation cardiaque qui a formé embolie dans l'artère bronchique. M. le Dr Netter, chef de clinique de la Faculté, a bien voulu examiner ces pièces et se charger de la recherche bactériologique.

Examen histologique par M. Netter. Les dissociations de la végétation mitrale ont fait voir que celle-ci est presque exclusivement formée par des bâtonnets généralement très courts, mais dont le diamètre longitudinal est le double au moins du transversal. Des éléments analogues existent dans le pus de l'angéiocholite et dans le canal hépatique. Il y a donc eu ici angéiocholite parasitaire et endocardite végétante consécutive. Une variété d'organismes habitant normalement l'intestin a passé dans les voies biliaires et de là dans le sang. Ce cas fera l'objet d'un mémoire en voie de préparation qui sera publié ultérieurement dans les *Archives de physiologie*.

21. Hernies diaphragmatiques congénitales par arrêt de développement du diaphragme. — Absence de la moitié droite du muscle ; par J. Potocki, interne des hôpitaux.

Le fœtus qui présente ces anomalies est né dans le service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière, d'une femme de 24 ans, primipare, n'ayant présenté d'autre particularité pendant sa grossesse que de l'albuminurie gravidique avec les accidents spéciaux à cette affection. Cet enfant est né à 7 mois et demi en état de mort apparente et l'insufflation n'a pu le ranimer. Le cadavre du fœtus bien développé ne présentait aucune particularité, le thorax était bien conformé. L'abdomen étant ouvert crucialement, on est tout d'abord frappé de l'absence des anses intestinales; cherchant à s'assurer du fait, on soulève le foie et on voit aussitôt cet organe basculer sur lui-même autour de ses attaches et sa moitié droite sortir de la cage thoracique, bientôt suivie de tout le paquet intestinal. Le diaphragme manque presque complètement à droite et actuellement la cavité thoracique de ce côté est constituée par un entonnoir profond vers la partie supérieure et interne duquel on aperçoit un rudiment de poumon. Pour n'être pas aussi accusée, la malformation du diaphragme du côté gauche n'en existe pas moins et on y trouve en arrière et en dehors un orifice qui laisse passer dans le thorax la rate tout entière.

Diaphragme. A droite, il est réduit à une languette triangulaire antéro-interne, languette musculaire, en forme de croissant, dont le bord gauche se continue avec le centre phrénique; le bord antérieur s'insère sur le 1/3 antérieur du rebord costal et le bord postérieur concave, épais, limite l'orifice de communication entre le thorax et le ventre. Cet orifice n'offre aucune limite distincte ail-

© BIU Santé

leurs et, tant sur la paroi droite que sur la paroi postérieure, les séreuses se continuent directement sans qu'il y ait même la plus légère saillie. En dedans, à son niveau, on aperçoit le pilier droit du diaphragme et le centre phrénique surmonté du péricarde. A gauche, le diaphragme présente un orifice de la dimension d'une pièce de 2 francs; limité en avant et à droite par un rebord diaphragmatique musculaire, épais, il n'est en arrière bordé que par un repli membraneux transparent au niveau duquel les deux séreuses pleurale et péritonéale sont adossées. Dans le reste de son étendue, le diaphragme est normal et s'insère en avant comme d'habitude sur les côtes et fausses-côtes; en arrière, il envoie deux piliers qui prennent leurs insertions sur la colonne vertébrale; il présente enfin des orifices spéciaux et disposés comme à l'ordinaire pour l'aorte, la veine-cave, l'œsophage et les nerfs.

Thorax. A droite, la cavité pleurale renfermait en avant le lobe droit du foie; en arrière de lui et remontant jusqu'au cul-de-sac supérieur, le paquet intestinal. Le cul-de-sac supérieur dépasse la clavicule; la plèvre ne présente de disposition intéressante qu'au niveau de la paroi interne où on la voit envoyer derrière le péricarde un grand prolongement en cul-de-sac, qui passe entre l'aorte située en avant et l'œsophage situé en arrière, prolongement qui fait une saillie d'un centimètre environ dans la partie gauche du thorax; les deux plèvres sont adossées en ce point. Au fond de cette cavité thoracique, est un poumon rudimentaire avec trois lobes distincts.

La cavité pleurale gauche offre seulement à la partie inférieure un orifice par où la rate s'est engagée. Au-dessus est le poumon plus développé que le poumon droit. —. Le péricarde, recouvert à la partie supérieure par un thymus volumineux qui envoie sur lui deux prolongements symétriquement placés de deux centimètres de longueur, est normal; il s'insère sur le centre phrénique dont on peut le détacher assez facilement. Ni le cœur, ni les gros vaisseaux n'offrent de particularités intéressantes à noter.

Organes abdominaux. Le foie est formé de deux parties nettement séparées par un sillon profond dans lequel pénétrait le rudiment du diaphragme droit: l'une des parties était dans le thorax, l'autre dans l'abdomen. Le croissant diaphragmatique maintenait, pour ainsi dire, le foie dans sa situation anormale. Sur sa face supérieure, le foie offre tout d'abord ce sillon au fond duquel une simple membrane sans tissu hépatique sépare et réunit les deux moitiés de l'organe. On y voit, en outre, l'insertion de la veine ombilicale. La face inférieure offre la vésicule biliaire, puis le sillon transverse, mais on n'y voit pas trace du sillon antéro-postérieur gauche de la veine ombilicale; ce qui est facile à comprendre, puisque cette veine pénètre dans le foie par sa partie supérieure. L'épiploon gastro-hépatique est normal; les organes qu'il contient ont leur disposition habituelle, l'hiatus de Winslow est béant. Le canal cholédoque s'abouche dans le duodénum comme à l'ordinaire, il n'a donc éprouvé d'autre changement qu'une augmentation de longueur, puisqu'il est obligé de gagner le duodénum en partant de son point d'origine, logé dans le thorax comme la vésicule biliaire. La rate, une fois ramenée dans le ventre, est réunie à l'estomac par un simple épiploon allongé; elle n'a aucune autre attache avec les organes voisins. L'estomac, le pancréas, les reins, les capsules surrénales, la vessie, les testicules qui sont à demi engagés dans l'orifice inguinal, n'offrent aucune particularité. L'intestin grêle est passé dans le thorax presque en entier, car seules ses parties fixes, c'est-à-dire les trois portions du duodénum sont restées en place; le cœcum et le colon ascendant ont accompagné l'intestin grêle, et on voit le colon transverse descendre du thorax pour venir s'unir au bord inférieur de l'estomac par l'épiploon gastro-colique lui-même continué par le grand épiploon; l'arc gauche du côlon est encore fixé à la paroi postérieure de l'abdomen, mais bientôt le côlon descendant se dévie à droite; cette portion de l'intestin et l'S iliaque jusqu'au rectum sont libres dans le ventre, rattachés simplement à sa partie postérieure par un mésentère: donc, ni méso-côlon descendant, ni méso-côlon iliaque.

L'encéphale et les membres sont normaux.

22. Subluxation de la tête humérale en haut avec fracture de l'acromion.—Luxation susglénoïdienne pathologique; par TUFFIER, prosecteur à la Faculté.

Les luxations de l'humérus en haut, après avoir été niées par Nélaton et Sedillot, sont entrées dans le domaine pathologique avec l'observation de Malgaigne (fractures et luxations). Les faits de Le Dentu, Holmes, Bush, le cas de Verneuil, que j'ai pu observer dans son service, les expériences cadavériques de B. Anger, de Panas, et la double dissection d'Albert Inspruck sont suffisants pour établir nettement cette variété de déplacement et son mécanisme (1). Tous ces cas se rapportent à des luxations complètes, sans fractures de la voûte acromio-coracoïdienne. L'humérus gagne sa situation au-dessus de cette voûte par un mouvement de rotation. Le fait que j'ai eu l'occasion d'observer diffère des précédents en ce que la tête humérale est venue se loger au-dessus de la glène dans une cavité mi-partie naturelle, formée par la partie supérieure de la glène, mi-partie artificielle, constituée par l'acromion fracturé et porté en haut avec l'extrémité interne de la clavicule. Le déplacement s'est donc bien fait directement en haut, au-dessus de la cavité glénoïde.

La pièce que je vous présente a été trouvée dans un exercice de médecine opératoire. Voulant pratiquer la désarticulation de l'épaule droite d'un sujet (femme) de 40 ans à peu près, et explorant l'interstice articulaire, je m'aperçus que les surfaces articulaires ne présentaient pas leur situation normale. L'épaule déformée faisait une saillie considérable en haut. L'apophyse coracoïde paraissait déjetée en avant. Cependant, la tête avait conservé ses rapports avec l'acromion. Quelques craquements perçus dans les mouvements de rotation de la tête me firent d'abord penser à de l'arthrite sèche. L'épaule fut disséquée et voici ce que je constatai:

Les muscles périarticulaires sont normaux, seul le sus-épineux semble déplacé; au lieu de venir passer sur la tête humérale, il passe en avant de cette extrémité et décrit une légère courbe à concavité postérieure pour s'insérer au point habituel. Les surfaces de l'articulation sont profondément altérées. La tête humérale est aplatie d'avant en arrière, son cartilage est parsemé de mamelons; sur plusieurs points, il fait presque défaut. La cavité glénoïde, rétrécie dans le sens de la hauteur, présente au niveau de son extrémité inférieure une forte apophyse de 2 centimètres, qui pénètre dans le tendon du triceps. La surface de ses deux tiers inférieure est rugueuse, comblée par du tissu fibreux, parsemée d'osteophytes irrégulières, son tiers supérieur présente un cartilage mamelonné. Les lésions les plus marquées siègent du côté de l'acromion. A ce niveau, ni capsules, ni tendons, ni bourse séreuse sous-acromiale; à sa place, une vaste cavité regardant en dehors et un peu en avant, recouverte dans toute son étendue par une couche d'apparence cartilagineuse. Cette cavité est formée de trois os séparés et reliés par une substance fibreuse qui recouvre leur face extra-articulaire. Ces trois surfaces osseuses sont: 1° l'extrémité postérieure et externe de l'acromion; 2° un fragment libre représentant l'extrémité de cette apophyse, et regardant directement en dehors, et enfin 3° l'extrémité interne de la clavicule qui vient s'articuler avec ce fragment.

Ces trois fragments concaves par leur face antérieure sont reliés par un épais tissu fibreux qui passe sur leur face externe, opposée à la cavité glénoïde; ce tissu permet un écartement de quelques millimètres entre chacun d'eux, si bien que les bords du fragment libre sont encroûtrés d'un pseudo-cartilage et s'articulent ainsi d'une part avec l'acromion, de l'autre avec la clavicule. Ce tissu fibreux renferme dans son épaisseur une foule d'ostéophytes du

(1) Voy. Bibliogr. in Poulet et Bousquet.

© BIU Santé

volume d'un grain de plomb à celui d'un haricot. Tous ces corps étrangers adhérents sont lisses du côté de la cavité qu'ils contribuent à former (Voir la planche annexée). La tête humérale répond par ses 3/4 supérieurs à cette néarthrose.

L'ensemble de cette cavité est séparée de la glène par une bande fibreuse vestige et du bord postérieur de la bourse séreuse sous-acromiale. Cette bande s'étend de la face antérieure de l'extrémité claviculaire sur le bord postérieur de l'acromion; elle limite en bas la néarthrose. L'apophyse coracoïde, légèrement déjetée en avant, n'a pas été fracturée, elle répond au tiers inférieur, déshabité de la cavité glénoïde. Par suite du déjettement du fragment acromial en haut et en arrière, la voûte acromio-coracordienne est verticale et regarde directement en arrière et en dedans; elle est d'ailleurs allongée et amincie.

Toute cette voûte est infiltrée d'ostéophytes, il en est de même des surfaces articulaires de nouvelle formation, des restes de la cavité glénoïde et de la capsule. L'articulation contient deux corps étrangers du volume d'un gros pois, l'un est dans la cavité articulaire, l'autre dans la bourse séreuse du sous-scapulaire. Ces ostéophytes ne présentent pas de hile. La surface articulaire, comme les parties fibreuses, étant hérissées de corps étrangers plus ou moins pédiculés, il est impossible de trouver leur point de départ. A la coupe, ils présentent une surface extérieure cartilagineuse, un centre spongieux.

En résumé, formation d'une cavité articulaire par l'acromion fracturé et l'extrémité interne de la clavicule, le tout situé au-dessus de la cavité glénoïde déshabitée et fibreuse dans ses 2/3 inférieurs.

On pourrait longuement discuter l'histoire de cette pièce puisque les antécédents de la malade nous font défaut. S'agit-il d'une simple arthrite sèche ayant fracturé l'extrémité anormale, ou bien avons-nous affaire à une ancienne fracture de l'acromion avec subluxation de l'humérus en haut.

En faveur de la première hypothèse, nous avons les deux corps étrangers et l'existence d'une arthrite sèche légère dans l'articulation du côté opposé. Le processus serait le suivant: usure de la partie supérieure de la capsule articulaire, puis des parois de la bourse séreuse sous-acromiale. Communication de cette bourse avec l'articulation, usure de la face inférieure de l'acromion et fracture de cette extrémité. Je ne crois pas que les phénomènes pathologiques aient suivi cette marche parce que le fragment détaché est fort épais sur ses bords comme à son centre.

La seconde hypothèse, fracture ancienne de l'acromion, avec subluxation de la tête humérale en haut, me paraît plus probable. Les phénomènes d'arthrite sèche s'expliqueraient facilement. Tout d'abord, dans une articulation subluxée, ces lésions sont fréquentes; de plus, il s'agit là d'une vieille rhumatisante, puisqu'elle a un peu d'arthrite sèche du côté opposé; rien d'étonnant dès lors à ce que les lésions soient plus accentuées sur un point malade. C'est la théorie du locus minoris resistentiæ, théorie que les faits chaque jour plus nombreux mettent aujourd'hui hors de discussion.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 juin 1886.

M. Ch. Herscher apporte à la Société quelques explications qu'on l'a prié de donner sur plusieurs objets ayant figuré à *l'exposition d'hygiène urbaine*. Le *verre perforé*, dont on doit l'idée à M. Emile Trélat comme moyen d'aération directe, se rattache à la doctrine générale si rationnelle de notre éminent collègue sur la ventilation des locaux habités, doctrine dont M. Herscher est un partisan convaincu.

M. Herscher ne saurait mieux faire sur ce point que de renvoyer à la conférence de M. Trélat reproduite dans la *Revue d'Hygiène* (n° de juin 1886). Il sera pourtant utile, ultérieurement, de faire connaître à la Société le résultat des observations qui seront recueillies l'hiver prochain dans divers locaux pourvus de vitres perforées; M. Herscher se propose de revenir à cette époque sur le sujet en question. M. Herscher passe à l'explication sommaire d'un appareil dû à l'instigation de M. le Dr Napias et qui a paru intéresser un certain nombre de médecins des hôpitaux.

Cet appareil (*fig.* 70, 71, 72, 73) a pour but de mélanger automatiquement une quantité déterminée de liquide désinfectant à chaque selle de malade dans les cabinets d'aisances. La disposition est simple: *A* est un réservoir de chasse d'eau ordinaire qui fonctionne soit par tirage à la main, soit automatiquement, et qui fournit le volume normal de neuf à dix litres d'eau. *B* est un réservoir additionnel contenant, par exemple, du sulfate de cuivre. *G* est une capacité de 50 centilitres, dépendant du réservoir *B*, alimenté par celui-ci au



Fig. 70.

moyen d'un petit trou de communication; un tube *d* maintient la pression atmosphérique dans la capacité *c*. L'objectif est de mélanger automatiquement les 50 centilitres de liquide désinfectant aux dix litres d'eau fournis par l'appareil de chasse.

Cette opération s'effectue par l'intermédiaire d'un tube *e* en forme de siphon qui s'amorce par succion lorsque l'eau des chasses coule dans le tuyau *f*. La capacité *C* se vide et le siphon se désamorce pour se réamorcer utilement encore quand une nouvelle chasse d'eau se produira. En donnant au réservoir additionnel *B* une capacité suffisante et, en le remplissant chaque matin, il peut ainsi fonctionner toute une journée sans qu'on ait à s'en occuper. Le phénomène d'amorçage par succion utilisé sans l'appareil précédent, porte un enseignement dont il convient de tenir compte et qui ne manque pas d'importance.

Dans le but, en effet, d'éviter les odeurs provenant de la tuyauterie de pierres d'évier, toilettes, baignoires, urinoirs, closets, on interpose couramment sur la dite tuyauterie des parties coudées à inflexions syphoïdes avec poche d'eau interceptrice des odeurs. Ces appareils préservateurs s'appellent

© BIU Santé

communément des siphons, et une observation attentive montre qu'ils méritent trop souvent cette qualification dans le sens même qu'on lui attribue ordinairement. C'est-à-dire que, sous l'action d'une succion produite dans le tuyau principal d'écoulement d'une maison, la garde d'eau du siphon risque de

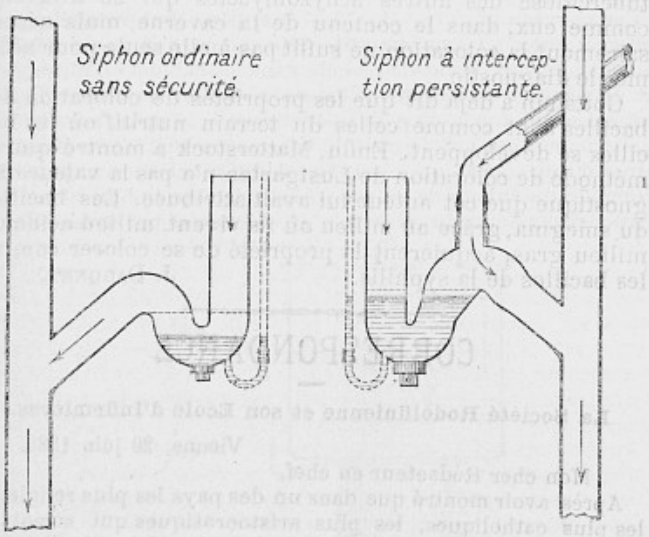


Fig. 71.

s'épuiser, elle n'est plus obturatrice et l'interception recherchée n'existe plus, ce qui ne laisse pas que d'être souvent dangereux.

Le remède consiste à greffer une tubulure d'aération au sommet du siphon, tubulure en communication avec l'atmosphère et dont l'existence suffit pour éviter toute succion fâcheuse

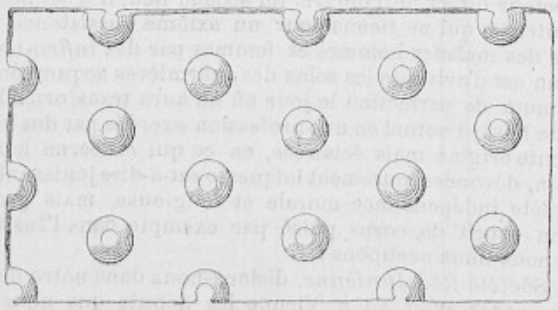


Fig. 72.

sur la poche d'eau interceptrice des odeurs. La fig. 00 représente une disposition de ce genre imaginée par MM. Geneste et Herscher. On remarquera qu'outre la tubulure d'aération, le siphon en question est caractérisé par un renflement qui contribue à réduire au minimum les pertes d'eau de ce qu'on

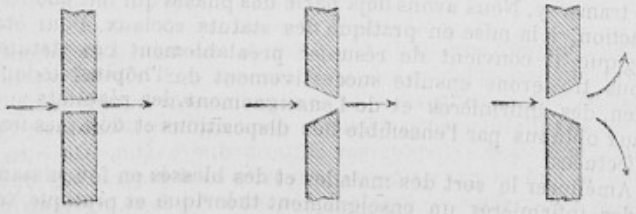


Fig. 73.

appelle « la garde ». Ce qui précède montre d'ailleurs que la dite garde d'eau doit être aussi haute que possible dans les siphons intercepteurs, sous peine de n'avoir qu'une sécurité trompeuse, et il faut bien reconnaître que la plupart des appareils en usage laissent à désirer sous ce rapport.

COURS DE VACANCES. — Pendant les mois d'août et septembre prochains, *un cours pratique de bactériologie* aura lieu au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. On s'inscrit d'avance au laboratoire du professeur Cornil à la nouvelle Ecole pratique.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

I. Wo liegen die Leprabacillen ? par le Dr Touton (de Wiesbaden), (*Fortschr. d. medicin.* — 15 janvier 1885).
II. Bacteriologische Mittheilungen, par le Dr Hoffa. — (*Id.* 1er février 1886).
III. Ueber die biol. Eigenschaften d. normalen Hautmykrophyten, par le Dr Bordini-Uffreduzzi.—(*Id.* 1er mars 1886).
IV. Zur Frage der sog. Syphilisbacillen und d. Tuberkelbacillen faerbung ; par le Dr Bienstock. (*Id.* 15 mars 1886.
Zusatz zu vorstehender Arbeit ; par Friedländer.

I. Les bacilles de la lèpre sont libres dans les lymphatiques,et on a appelé à tort *cellules de la lèpre* les amas de ces bacilles. Cette opinion d'Unna est en contradiction avec celle des précédents auteurs : Neisser, Köbner, Hansen, Baumgarten, etc. Touton s'est livré à quelques recherches de contrôle; il a vu nettement des cellules contenant un ou deux bacilles et des amas de bacilles avec du protoplasma ou un noyau. Le terrain nutritif sur lequel se développe le bacille de la lèpre est le protoplasma cellulaire, que ce soit une cellule du tissu conjontif ou un leucocyte. On peut admettre l'existence d'amas bacillaires libres,qui seraient, par suite de leur développement, sortis de la cellule. Les vacuoles au centre des amas de bacilles sont peut-être, comme Weigert l'admet pour les cellules géantes dans la tuberculose, une partie de cellule nécrosée ou en tout cas profondément modifiée après avoir fourni aux bacilles leurs substances nutritives.

II. *Micro-organismes du pus.* Dans 100 abcès chauds de nature différente, Hoffa a trouvé le staphylococcus aureus, le staphylococcus albus, ainsi que le streptococcus. Ils étaient isolés ou associés entre eux; le staphylococcus prédomine quand le processus suppuratif est rapide,comme le streptococcus quand l'évolution est plus lente et que l'inflammation se propage le long des voies lymphatiques. Ogston, Rosenbach et Socin n'ont pas trouvé ces microcoques dans les abcès froids. Ce fait permet donc de reconnaître les abcès tuberculeux. Exceptionnellement à cette règle, Hoffa cite deux cas de pleurésie purulente chez des tuberculeux, où il a trouvé les microcoques de la suppuration.

Dans les abcès causés par la blennorrhagie, on attribue la suppuration au gonococcus; l'auteur a constaté deux fois la présence du gonococcus dans la sécrétion uréthrale en même temps que celle du staphylococcus aureus et albus dans les bubons où ils paraissaient bien être la cause de la suppuration.

Streptococcus de l'érysipèle. Dans les articulations suppurées à la suite d'érysipèle, on a signalé aussi des micro-organismes. König, Schüller attribuent la suppuration au coccus de l'érysipèle, Rosenbach pense qu'elle est causée par le micrococcus en chaînette du pus. Hoffa a recueilli dans le cas qu'il cite un micrococcus semblable au streptococcus pyogenes de Rosenbach et au micrococcus de l'érysipèle dont Fehleisen lui avait envoyé des échantillons. Les colonies du streptococcus pyogènes ont l'aspect décrit par Rosenbach et Passet; plus élevées au centre et légèrement brunâtres, elles sont étagées à la périphérie et se relèvent aux bords. Le streptococcus se développe plus lentement que le micrococcus de Fehleisen, qui ne présente pas de coloration brunâtre. La culture et l'expérimentation sur les lapins ont montré que le micrococcus trouvé par Hoffa dans le pus était le micrococcus de Fehleisen; comme ce dernier il produisait une rougeur migratrice. Fehleisen admet que le micrococcus de l'érysipèle peut déterminer la suppuration.

III. Un grand nombre de micro-organismes vivent à la surface de notre corps. Ils sont à la fois saprophytes et parasites, mais se rapprochent plus particulièrement de cette dernière classe, aussi peut-on les appeler *microphytes de la peau*. Bizzozero décrit dans les pellicules du cuir chevelu deux sacchoromycètes, ovale et sphérique, des micrococques et un bacille mal défini, et dans les espaces interdigitaux des pieds, des micrococques, des bactéries et un

© BIU Santé

bacille, le leptothrix épidermique qu'on retrouve dans l'intertrigo.

L'auteur, en examinant diverses parties du corps, a pu isoler cinq espèces de microcoques : la première, composée de grands microcoques groupés irrégulièrement ou par quatre (mérismopédie), forme des colonies jaune citron ne fluidifiant pas la gélatine ; la seconde, orange foncé, fluidifie la gélatine le vingtième jour, les microcoques sont en chaine ou disposés par trois; la troisième espèce donne sur la gélatine une colonie d'aspect cireux; la quatrième, non colorée, fluidifie très rapidement la gélatine; enfin, la cinquième espèce se développe surtout le long du canal produit dans la gélatine par le fil de platine, sous forme de colonies blanchâtres qui ne fluidifient pas la gélatine. Les microcoques de cette cinquième espèce siègent dans le voisinage de la racine des cheveux et des poils.

Plusieurs micro-organismes différents ont été considérés par les auteurs comme la cause de l'*area Celsi* (pelade). Malassez a décrit le saccharomyces ovale que Bizzozero a observé dans les pellicules du cuir chevelu chez des individus sains; Buchner, Eichhorst et Majocchi ont attribué cette maladie à d'autres espèces de microcoques. Enfin, Sehlen a constaté, grâce à une méthode de coloration particulière, dans un cas d'alopécia areata, la présence de microcoques siégeant à la racine des cheveux, et qui sont pour lui les microcoques de la pelade. Bizzozero retrouve ces micro-organismes chez des individus sains; il montre que les méthodes de coloration ordinaires sont suffisantes, et les recherches de l'auteur sur ce point confirment les travaux de Bizzozero. Les microcoques de Sehlen se rencontrent chez les individus sains; ils n'ont pas de valeur spécifique dans l'area Celsi.

Le *bacille épidermique* est bien décrit par Bizzozero; il n'est point pathogène et ne produit pas l'érythrasma, comme le croit Baltzer. Enfin, l'auteur étudie une variété de *sarcine* plus petite que la sarcine de l'estomac et qui se trouve à côté de plusieurs moisissures, puis il décrit, entre les orteils, une bactérie, *bacterium graveolens*, dont la culture dégage une forte odeur, odeur fétide des pieds. Cette bactérie, de 0,8 μ de longueur, forme des colonies gris blanc, irrégulières, à la surface de la gélatine. La gélatine est fluidifiée rapidement et prend, au bout d'un certain temps, une teinte vert jaune. Rosenbach a isolé un bacille court provenant d'un cas de sueur fétide des pieds. Son bacille était pathogène, comme l'a montré l'expérimentation sur les lapins, il ne fluidifiait pas l'agar agar et n'existait pas chez les individus sains. Ces trois caractères le distinguent du bacterium graveolens.

IV. Bienstock cultive sur la gélatine nutritive, à laquelle il incorpore du beurre, le bacille de l'albumine qu'il a trouvé dans les matières fécales. Ce bacille présente alors la réaction colorée du *bacille de Lustgarten* ou du bacille du smegma que Matterstock dit avoir décrit avant Alvarez et Tavel. Cette expérience répétée sur d'autres bacilles : charbon, fièvre typhoïde, etc., donne les mêmes résultats. Matterstock n'a pu constater cette résistance des bacilles du smegma aux agents de décoloration, parce que ces bacilles perdent par la culture sur la gélatine l'enveloppe graisseuse qu'ils prennent au milieu où ils se développent.

Les bacilles qui ont été cultivés sur le beurre deviennent plus résistants aux agents de décoloration que les *bacilles de la tuberculose*. Ces derniers s'entourent probablement aussi de matières grasses qu'ils prennent dans les produits de la caverne pulmonaire; la réaction d'Ehrlich, caractéristique des bacilles de la tuberculose, perdrait donc sa valeur diagnostique. Pourtant, l'auteur remarque que la solution *alcoolique* d'acide nitrique décolore les bacilles cultivés sur le beurre et non les bacilles tuberculeux. Les bacilles de la tuberculose sont-ils protégés par ce que l'acide nitrique précipite l'albumine et que celle-ci empêche alors l'alcool de se trouver en contact avec l'enveloppe graisseuse du bacille de la tuberculose? Enfin, les bacilles tuberculeux continuent à présenter les mêmes caractères quand on les cultive sur le sérum sanguin; faut-il attribuer ce fait à la présence de gouttelettes graisseuses microscopiques contenues dans le sérum?

Friedländer pense que la méthode de Koch et d'Ehrlich, malgré le travail de Bienstock, garde toute sa valeur diagnostique, qu'elle permet de distinguer les bacilles de la tuberculose des autres schyzomycètes qui se trouvent, comme eux, dans le contenu de la caverne, mais nécessairement la coloration ne suffit pas à elle seule pour affirmer le diagnostic.

Gottstein a déjà dit que les propriétés de coloration des bacilles sont comme celles du terrain nutritif où les bacilles se développent. Enfin, Matterstock a montré que la méthode de coloration de Lustgarten n'a pas la valeur diagnostique que cet auteur lui avait attribuée. Les bacilles du smegma, grâce au milieu où ils vivent, milieu acide ou milieu gras, acquièrent la propriété de se colorer comme les bacilles de la syphilis. J. DAGONET.

CORRESPONDANCE

La Société Rodolfinienne et son Ecole d'Infirmières.

Vienne, 20 juin 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Après avoir montré que dans un des pays les plus religieux, les plus catholiques, les plus aristocratiques qui soient au monde, les premiers personnages de la Société ont adhéré de plein cœur à une association destinée à créer un personnel laïque capable de soigner malades et blessés avec intelligence et en pleine connaissance du sujet, nous allons mettre en évidence les rouages de la *Société Rodolfinienne*. Mais auparavant, insistons sur deux points. D'abord, le prince royal de la couronne est, ainsi que l'indique l'épithète précédente, le protecteur direct de l'œuvre. En second lieu, il n'est personne en Autriche qui ne tienne pour un axiôme l'assistance indistincte des malades hommes et femmes par des *infirmières*, et chacun est d'avis que les soins des infirmières acquerront leur maximum de perfection le jour où on aura transformé le métier de hasard actuel en une profession exercée par des femmes de toute origine mais éclairées, en ce qui concerne leur profession, dévouées, purement laïques, c'est-à-dire jouissant d'une complète indépendance morale et religieuse, mais groupées par un esprit de corps puisé par exemple dans l'Institution dont nous nous occupons ici.

La *Société Rodolfinienne*, disions-nous dans notre dernière lettre, après avoir eu à Vienne les débuts que nous avons tracés, a maintenant son siège à l'endroit où elle a installé son hôpital-pensionnat, aux environs de Vienne. C'est en effet à *Unter-Döbling* qu'il faut à présent se transporter pour embrasser l'œuvre vive de la Société. Unter-Döbling représente d'ailleurs un endroit de villégiature moins éloigné du centre de la ville que Saint-Mandé du centre de Paris; du quartier de l'Université, on s'y rend en moins de trois quarts d'heure par le tramway. Nous avons déjà parlé des phases qui ont abouti à l'action, à la mise en pratique des statuts sociaux. Pour être logique, il convient de résumer préalablement ces statuts; nous traiterons ensuite successivement de l'hôpital Rodolfinien, des infirmières et de l'enseignement, des résultats moraux obtenus par l'ensemble des dispositions et des mesures effectuées.

Améliorer le sort des malades et des blessés en fournissant à des infirmières un enseignement théorique et pratique, tel est le but inscrit en tête des articles. Pour l'atteindre, on se propose de construire un hôpital destiné à cette instruction professionnelle, d'attirer des femmes et des filles désireuses de se consacrer exclusivement au soin des malades, soit en l'honneur de l'humanité, soit afin d'exercer une profession privée, de leur enseigner dans l'établissement créé la théorie et la pratique de cet art, d'employer les infirmières ainsi instruites dans les hôpitaux ou chez des particuliers en temps de paix, au service des blessés en temps de guerre; enfin, de faire des leçons et des livres sur les soins des malades et des blessés. La Société admet dans son sein des personnes de tous sexes aux titres suivants : Un *fondateur* est celui qui paie d'un seul

© BIU Santé

coup 5,000 à 10,000 florins (10 à 20,000 francs environ); moyennant ce versement unique, il a le droit de faire occuper gratuitement par un malheureux un lit du service pendant six mois à un an selon l'importance de la somme comptée et des calculs en rapport avec les divers chiffres intermédiaires; la fondation est accessible non seulement à un individu mais à une famille, à une association, à une société; elle comporte l'inscription du nom et des armes du fondateur sur des tableaux spéciaux mis en évidence à la tête du lit retenu. Pour devenir *bienfaiteur*, il suffit de donner une fois pour toutes un minimum de 500 florins (1,000 francs) en s'engageant à une cotisation annuelle de 50 florins (100 francs) pendant dix ans; des plaques de marbre éternisent les noms des bienfaiteurs. Un versement annuel d'au moins 3 florins, ou l'apport unique de 100 florins, telles sont les obligations des *membres ordinaires*. Enfin, les *membres d'honneur* sont nommés par le Comité (voy. plus loin), à la majorité des deux tiers. Une assemblée générale annuelle réunit tous les sociétaires à une époque fixée par le Comité; toutes les décisions qui y sont prises en lient tous les membres. Le Comité peut du reste convoquer une assemblée générale extraordinaire aussi souvent qu'il le croit nécessaire, pour peu que le cinquième des votes soit favorable à cette convocation, à la condition qu'on en formule le but. Toute convocation nécessite l'envoi de lettres spéciales huit jours au moins avant le jour fixé, et l'établissement d'un ordre du jour spécifié; l'idée d'une motion quelconque sera communiquée au secrétaire du Comité trois jours avant la séance. Le droit au vote est gradué de la manière suivante : Ont droit à *une voix*, tous les membres ordinaires payant une contribution annuelle d'au moins 3 florins; les membres d'honneur; les membres ayant fait un don unique de 100 florins; par série de 100 florins en sus une fois versés, on acquiert une voix supplémentaire, deux voix supplémentaires, etc... Les bienfaiteurs engagés à payer, dix ans durant, 50 florins, ont dans les deux premières années droit à une voix; les deux années suivantes, ils ont deux voix; tous les deux ans, ils acquièrent dans la suite une voix de plus; ceux qui paient une fois pour toutes 500 florins ont 5 voix; toute voix en sus s'achète 100 florins. Les fondateurs à 5,000 florins ont 50 *voix*; chaque paiement supplémentaire de 1,000 florins vaut 10 voix en sus, de sorte que les fondateurs à 10,000 florins ont plus de 100 voix à leur disposition. On peut se faire remplacer par un cosociétaire autorisé par écrit. Pour que les décisions de l'assemblée générale soient valables, il faut qu'il y ait présence d'au moins 200 voix, sinon on convoquera à nouveau dans la quinzaine; quelles que soient les conditions de cette seconde assemblée, ses conclusions auront force de loi. Le vote est acquis à la majorité simple excepté quand il s'agit d'élire les membres du Comité (majorité absolue) et deux inspecteurs des comptes. Ces derniers sont investis d'un mandat d'un an; ils présentent à l'assemblée générale l'apuration demandée par le Comité. L'assemblée statue encore sur toutes les questions que lui pose le Comité, ou traite devant lui les sujets introduits par tel ou tel membre. En ce qui regarde les modifications statutaires, une dissolution éventuelle, il faut un avis ferme à la majorité des deux tiers au moins. Sur un registre est inscrit le protocole des séances; le président, le secrétaire et deux membres doivent apposer leur signature.

Le *Comité* administre et dirige les affaires de la Société. Il se compose de huit hommes et quatre femmes. Le mandat de chacun est de trois années. Toute vacance accidentelle au sein du Comité n'implique pas la réunion de la Société entière. Le Comité lui-même y supplée en attendant l'expiration du mandat collectif; il appelle à lui qui il veut pour se compléter. C'est gratuitement qu'il exerce ses fonctions. Il forme naturellement son bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire, d'un trésorier pris parmi ses membres masculins. Le Comité prend des résolutions à la simple majorité des membres présents, pourvu qu'il y ait au moins quatre personnes présentes, sans compter le président. Il forme autant de commissions qu'il est convenable pour gérer les diverses affaires courantes et est autorisé à s'adjoindre en dehors de la Société tous les spécialistes utiles, mais sans que ceux-ci aient droit au vote. Au Comité appartient le choix de la place, du projet, du mode d'exécution de la construction de l'hôpital, ainsi que l'installation et l'administration de cet instrument de l'école des infirmières. Le président, et comme, en son absence, le vice-président du Comité, représentent la Société *intus et extra*; ils ont la signature. Nominations, congés, suspensions des médecins, infirmières, employés, travailleurs, serviteurs de la Société appartiennent au Comité; c'est lui qui fait des propositions à l'assemblée générale, en exécute les ordres, établit les comptes, rapporte sur tous les évènements importants. La fortune sociale composée des fondations, donations, contributions et cotisations des bienfaiteurs et des membres ordinaires, des biens-fonds supportant maisons ou édifices achetés ou construits, de l'intérêt de l'argent placé, des bourses créées par la générosité de certaines personnes; cette fortune est administrée par le Comité. Elle demeure au surplus une propriété indivisible, sur laquelle personne ne peut, de près ou de loin, par testament ou autrement, élever aucune prétention. Les sociétaires s'engagent du reste, en cas de contestation, à s'en remettre, afin d'éviter les voies juridiques connues, à un jury arbitral composé de deux juges nommés par chacune des parties contestantes. Les juges nommés choisissent de leur côté un chef du jury et rendent, après l'audition des parties, une sentence à laquelle elles devront se soumettre.

En cas de dissolution de la Société, sa fortune doit être attribuée à un but de bienfaisance que l'assemblée générale aura à déterminer.

Ainsi le comité, c'est le pivot actif de la Société. On n'en sera pas surpris quand nous aurons dit que le comité n'est au point de vue historique que le successeur du comité-fondateur, et qu'à peu de chose près nous retrouvons dans celui-là les mêmes personnages qui composaient celui-ci, parmi lesquels l'éminent professeur Billroth. C'est pourquoi l'on s'explique facilement la progression matérielle et morale de la Société entière et finalement son incarnation dans sa création projetée, dans son hôpital. Nous avons déjà dit qu'après avoir soigneusement étudié les conditions générales que soulèvent les questions d'eau, de lumière, d'air, propres à tout hôpital, et qu'après les avoir épluchées, dans le cas particulier des pavillons hospitaliers considérés comme instruments d'instruction des infirmières, le comité, guidé par M. Billroth, avait choisi un domaine convenable au but sur la commune d'Unter-Döbling et y avait successivement acheté les maisons de campagne, nos 51, 52, 50, 49 de la rue Langegasse. L'adaptation de ces villas mi-partie aux malades de 1re et de 2e classe (voyez le règlement *infra* et notre lettre précédente), mi-partie aux besoins administratifs, s'était effectuée parallèlement à l'entrée dans le baraquement des malades de 3e classe (voyez notre lettre p. 602, t. IV, 2e série). En conséquence, à un moment que nous avons déjà spécifié, tout provisoire qu'il fût, l'hôpital-pensionnat fonctionnait. Aujourd'hui, ainsi que nous l'avons dit aussi, le pavillon élevé pour les pensionnaires des deux premières classes, a permis de donner une plus large satisfaction à l'administration, aux besoins de la consultation externe et des pansements ex-temporanés dans les vieux bâtiments. Voici, en fait de constructions modèles, ce qu'il est permis de voir sur les lieux. En arrière et à droite des vieilles propriétés on aborde le baraquement. C'est une construction rectangulaire en bois à doubles parois, assujettie sur un cadre qui assure la libre circulation de l'air et le nettoyage instantané, tant en ce qui regarde les sous-bassements qu'en ce qui a trait au planchéiage grillagé. Le long rectangle formé par les deux salles hospitalières du baraquement est coupé perpendiculairement par un carré à peu près parfait dans lequel on trouve deux chambres à 2 lits pour infirmières, une salle d'opération, un cabinet où sont serrés les instruments, une chambrette d'ustensiles, une chambre de bains, deux cabinets d'aisances, un lavabo. De chaque côté de ce carré médian central sont les salles de 10 lits chacune; l'une d'elles, orientée à l'est, est destinée aux hommes et aux enfants du sexe masculin; l'autre, à l'Ouest, agrémentée d'une vérandah ouverte, reçoit femmes et fillettes : chacune mesure 11 mètres de long, 7m, 5 de large, 3m, 85 de haut, chaque lit bénéficiant en surface de 8m, 25 soit de 39 quintaux 03 d'air respirable. Chauffage à l'eau chaude, ventilation nouveau modèle, éclairage au gaz, appareil spécial pour découvrir le toit, lits rou

© BIU Santé

lants très légers permettant le déplacement immédiat, canalisation spéciale permettant, grâce à une chasse d'eau ingénieuse l'évacuation spontanée des matières fécales, alimentation d'eau de source. La toiture n'est en carton bitumé que dans les endroits où ne séjournent pas les malades. Les parois contiennent une tontisse ligneuse imprégnée de désinfectants. On a eu soin de respecter des arbres de vieille souche sous lesquels est immergé le baraquement, de sorte qu'on bénéficie de cette verdure sous laquelle on conduit directement les patients pendant des heures entières dans la journée sans les sortir de leur lit ; on roule le malade dans son lit sous ce ciel vert. Un tuyau acoustique complété par une sonnette électrique, relie ce pavillon au cabinet de l'assistant, ainsi qu'à la cuisine. Soit, en résumé, 20 à 24 lits en deux salles bien distinctes, avec toutes les annexes indispensables à l'hygiène, au traitement, aux indications chirurgicales des malades de 3e classe.

En quittant le baraquement de manière à s'engager dans la propriété, tandis qu'on laisse derrière soi les villas, on trouve en obliquant à gauche le majestueux pavillon qui date de 1885, dont la façade regarde tout à fait à l'opposé de la Lange Gasse B. Il occupe une superficie de 644 m. q. Exécuté sous la direction de M. Gruber, par l'entrepreneur de la ville M. J. Tischler, il a nécessité des assises très étendues et très profondes. On peut y accéder en venant du baraquement par une galerie couverte qui, ainsi que l'indique le plan, devra ultérieurement former sa jonction avec le bâtiment d'administration. C. C. C. On pénètre d'abord dans un vestibule spacieux très orné quoique simple, sur lequel se dresse un élégant escalier; les marches, larges de 40 centim., longues de 60 centim., n'ont que 10 centim. de haut, ce qui lui donne une douceur extrême. Naturellement on trouve en montant, inscrits sur les parois, les noms de tous les bienfaiteurs ; au sommet le buste du prince Rodolphe ainsi qu'une planche de marbre noir portant les noms des fondateurs que l'on retrouve dans les salles du baraquement près des lits. Ce pavillon se compose en somme d'un rez-de-chaussée surélevé en entresol, et de ce seul étage. On trouve, dans le sous-sol, l'habitation des jardiniers, la buanderie, des corridors, des magasins, des lieux d'aisances, le calorifère de l'escalier ; à l'entresol et au premier, 5 chambres de malades de 1re et 2e classe conformément aux indications du règlement, un salon de réunion et de convalescents, une chambre de repos et de veille pour une infirmière, une tisanerie, une chambre de bains, deux salles destinées l'une au linge propre, l'autre au linge sale, une resserre qui abrite le chariot des linges à pansement et des médicaments ainsi qu'un lit mobile, des cabinets d'aisances. Ventilation parfaite, en rapport avec la combustion des becs de gaz ; chauffage des chambres par les corridors. La petite communauté des infirmières est installée dans une grande pièce, mais les dispositions prises assurent à chacune son autonomie. Tous les appareils électriques et signaux spéciaux que l'on connaît, rattachent chaque malade et à l'infirmière de garde, et au besoin à la communauté. Vérandah, loggia, terrasses, sont à la disposition des convalescents. Vue splendide. Toit florentin auquel on peut accéder par un escalier en grès, en colimaçon. L'ornementation, le mobilier, le parquetage ont été l'objet des prévisions hygiéniques et en même temps de tout le goût des architectes et des médecins. Les premiers sacrifices que l'on s'imposera porteront sur la construction du bâtiment administratif et l'installation d'un ascenseur pour monter les malades avec leurs lits. On y accédera par la Prinzinger Strasse, en D.

Dans ma prochaine lettre, je vous parlerai du règlement, de l'organisation de cet hôpital et de l'Ecole des infirmières.

P. KÉRAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

Sui movimenti del respiro nell' angoscia precordiale degli stati melancolici. — Richerche sperimentali del dott. Guiseppe Musso (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, mars 1886).

Dans l'anxiété mélancolique, la respiration diminue de fréquence et devient très superficielle. La durée de l'évolution respiratoire est aussi beaucoup plus courte qu'à l'état normal : le rythme devient très irrégulier, et la moindre émotion donne au tracé de l'inspiration une forme ondulée, sorte de tremblement émotif des muscles respiratoires.

De quelles altérations de l'innervation centrale les troubles sont-ils justiciables ? Des trois causes qui modifient la respiration : impressions des nerfs sensitifs, périphériques, action du pneumogastrique, excitations diverses des centres supérieurs de l'encéphale, c'est ici la dernière qu'il faut invoquer. Schüle avait cherché la cause primitive de l'anxiété dans la moelle allongée, regardant les phénomènes psychiques comme secondaires et dus à des troubles circulatoires, au ralentissement des échanges organiques. Mais le fait qu'un changement d'état de l'esprit régularise dans ces cas le rythme respiratoire, fait penser à l'auteur que la cause première de l'angoisse réside dans la substance corticale et que les troubles d'innervation de la moelle allongée, d'où résultent les modifications de la respiration, ne sont que secondaires. J. SEGLAS.

VARIA

Articles pour servir au règlement que lon entend faire à l'Hostel Dieu de Paris.

COUVENT ET CE QUI DEPPEND D'ICELLUY.

I. Semble quil doibt estre deffendu aux religieuses avoir aucuns serviteurs ou servantes par lesquelz lon tient ordinairement quilz font transporter pains chairs et autres quilz preignent ordinairement du vivre des pauvres maladdes, chandelles, linges, habitz et autres chosses.

II. Que les amballeurs jusques au nombre de cinq quil y a a present nauront aucuns serviteurs soubz eux comme ilz en ont eu cy devant chacun un et lesquelz aussi le transport desdicts vivres et habitz ont faict.

III. On offre tous moiens dapetisser ou oster les portions des malades, de faire croistre et empirer les maladies qui sont dans ladicte matson. Semble quil seroit très raisonnable de deffendre aux portiers de ladicte maison à peine du foit sil plest à la cour a trouver bon de laisser entrer ou daller mesmes en salles desdicts malades aucuns revendeurs et revenderesses de fruictz, fromages, marrons, paticiers ou paticières, afin deviter au transport desdicts livres et habitz que lon faict par le moien desdictes sortes de gens. Comme aussi a ladvenir la portière sera comme si pourveue par le Bureau.

IV. Empescher les scandalles et soupcons que lon peult avoir des chambrettes ou cellules particulières de chacqu'office, des clostures de tapisseries ou dautres estoffes que dressent ou font dresser les religieuses qui servent le pain et le vin et faire presenter aux malades leurs disners et souppers avec telle bonte et quantite que lon aura livre aux emballeurs. Il semble que lon doibt ordonner que lesdictes chambrettes et cellules doffices seront abbatues et desmolies ; deffenses faictes de clorre aucun lieu de tapisseries ou autres estoffes. Que les marmites esquelz sont les potaiges des malades et les gardemengers ausquelz lon mettera les gobetz ou portions desdictz malades seront droictement portées au meilleu des salles desdictz malades pour les distribuer publiquement et a la levee de tous lesdictz malades.

V. Que lon fera faire des armoires a chacque office pour mettre la vesselle et ustancilles de loffice.

VI. Semble aussy estre raisonnable de faire deffenses auxdictz portiers apeine du foit (s'il plaist a la cour lavoir agreable) de laisser sortir aucuns malades de l'Hostel-Dieu pour aller demander laumosne en la ville et retourner en la maison aux heures de disner soupper et coucher, ains seulement lors quilz sont du tout guaris et quilz se retireront dudict Hostel Dieu pour n'y plus retourner.

VII. Que deffenses aussy doibvent estre faictes auxdictz portiers et a tous autres serviteurs de ladicte maison de prendre et recevoir aucuns deniers desdictz pauvres malades soit en entrant sortant dudict Hostel Dieu ou dedans icelluy (sur la mesme peisne cy dessus declarée).

VIII. Que doresnavant ne doibt estre baillé aux religieuses leurs portions chair creues, ains cuittes dans leur marmitte a part en la cuisine de ladicte maison *pour empescher qu'elles ne vendent plus aisément leurs portions creues et quelles ne vivent des portions cuittes des malades.*

IX. Que deffenses doibvent estre faictes auxdictes religieuses de blanchir aucunes personnes soit quilz soient officiers et serviteurs de ladicte maison ou demeurant hors icelle mais ordonne que les serviteurs de ladicte maison faisant blanchir leurs linges a la lavanderie et sera faict layssive a part pour les officiers de la maison.

X. Pour empescher quon ne puisse transporter aucuns vivres habitz

© BIU Santé

linges ou autres chosses par le lieu auquel on lave le linge de l'Hostel Dieu, semble que lon debvroit faire une passe composée de bois fermant a ferrure et a clef laquelle l'on baillera a garder a ung officier de la maison de la subtilité duquel sera asseure pour ouvrir ladite passe quand besoing sera.

XI. Qu'il semble que deffenses doibvent estre faictes a la pouliere (1) de ne vendre aucuns habitz aux frippiers ou autres, mais quil lui doibt estre ordonne de reserver les habitz pour vestir les pauvres lorsquils sont guaris pour les mettre hors, afin dempescher que la contagion recommance et que lesdicts pauvres *ne soient contrainctz de sortir nudz* hors de l'Hostel Dieu.

XII. Que dorenavant on ne doibt recevoir aucun officier ou serviteur *qui soit marié* et que lon doibt donner congé aux officiers et serviteurs domestiques maries qui y demeurent a present.

XIII. Qu'il semble fort apropos d'ordonner audict maistre au spirituel quà alinstant de sitot que les religieuses seront alle garder des malades a la ville (qu'elles ne pourront se faire sans l'ordonnance et congé dudict maistre et de la Prieure) d'en advertir les despensier somelier et boullenger par billetz qu'elz leur envoira signez de sa main, desquels tant le s^r maistre despensier somelier et boullenger seront tenus faire register pour y avoir recours quand il sera question de la vérification des parties desdicts despencier boullenger et somelier.

XIV. Ensemble quil doibt estre injoinct audict maistre dapporter audict bureau de l'Hostel Dieu de mois en mois un estat des religieuses lesquelles auront este garder des malades en la ville contenant duquel jour elles seront sorties pour aller garder lesdicts malades, quel temps elles y auront este, et en quelles maisons pour sçavoir au vray combien elles auront gangne dargent pour la maison et que pendant le temps de leurs absences ne leur soit faict distribution de pain vin et pitance.

CUISINE

XV. Semble a propos dachetter la chair tant bœuf veau que mouton à la livre et pour ce faire, faire marche au rabais a celluy qui la baillera a meilleur marche pour en fournir toute l'annee de bonne chair seche et bien essorce. Qua ceste fin on faira scavoir a tous les bouchers le prix par affiches que lon apposera es portes et boucheries de ceste ville ce pour lheure et le jour auquel lon vouldra adjuger la fourniture de chair dudict Hostel Dieu.

XVI. Le mesme se pourra faire pour l'achat des œufz des carpes et brochets a raison du poids ou pied entre queue et teste, ainsy quil se faict es maisons des roys et princes : et par mesme moien faudldra arbitres combien de poules de poisson ou combien dœufz il faudra donner à chacque malade aux gens deglise religieuses et serviteurs de ladite maison.

XVII. Pour la distribution de la chair semble aussy que l'on doibt arbitrer quelle quantite de bœuf veau ou mouton sera necessaire pour chacque malade, ordonner au despencier de baillier du veau ou du mouton aux griefz malades et du bœuf aux aultres, et pour scavoir ce quil aura a distribuer chacque jour le *M^e au spirituel fera faire tous les jours le billet des griefz malades et des aultres*, afin que le despencier puisse scavoir quelle quantite de veau et de mouton il aura a fournir pour les ungz et de beufs pour les aultres, lequel billet ledict s^r M^e faira faire le plus exactement quil pourra et selon le nombre des malades; le despencier doibt faire aultant de gobetz (2) de veau mouton et beuf quil y aura de malades de religieux religieuses prestres enfans de cœur et serviteurs, et iceux gobetz faictz, que ledit M^e spirituel doibt estre mande pour voir compter lesdictz gobetz et peser tous ensemble dont ledict M^e faira register de son coste et le despensier du sien. Quaultant en doibt estre faict les jours maigres pour les œufz poisson et beurre et aura l'œul que la distribution se face a tous les malades selon le reglement qui en sera faiçt.

XVIII. Sera aussy arbitre quelle quantite de chair et de quelle qualite sera baille aux gens d'eglise religieuses et domestiques.

Si par ce que ledict s^r Maistre a cause d'aultres occupations quil pourroit avoir ne pourroit pas tousiours asister aux services que lon fera aux ditcz pauvres malades aux disners et a souppers *il ne sembleroit hors de raison de prier les marguilliers des paroisses de cette ville* d'envoier à tourt et de sepmaine en sepmaine quelques honnestes et charitables damoiselles et dames de leurs paroisses pour voir disner et soupper les dicts pauvres,

XIX. Semble que l'on doibt adviser si on donnera a soupper aux malades de la chair ou du bouilly.

XX. Sera aussy advise si l'on continuera de bailler des pruneaux pour distribuer la nuit aux malades et quelle quantite, *parceque l'on a advis que les religieuses n'en baillent que bien peu aux ditz malades et font leur proufict du surplus.*

Et a ce que l'on puisse voir clair aux parties du despensier il semble luy debvoir estre ordonne de garder les billetz de chacun jour signes dudict S^r Maistre ensemble des religieuses absentes, lesquels il rapportera pour justiffier le nombre des malades et religieuses auront este en chacun jour et quelle quantité de veau mouton et bœuf œufs poisson et beurre aura este servie a chacun jour.

XXI. Il sembleroit que pour les jours maigres il soit expedient que le despensier escrive sur son livre ce qu'il aura achette en chacun jour eu esgard au nombre des malades religieuses et domestiques et qu'en chacune sepmaine il face arrester sa despense sur son livre par les deux commis qui sont depputez pour la cuisine après qu'il aura represente le dict billetz son register et que le dict sieur maistre aura aussy represente le sien. Lesquels maistre et despenser auront l'œil que la distribution de ce qui aura este achette soit faicte par lentremise de ceux ou celles qui servent les malades.

XXII. Semble aussy debvoir estre ordonne que quand ledict despensier apportera ses partyes enfin de chacun quartier qu'il rapportera aussy son livre sur lequel la despence particuliere de chacque sepmaine sera escripte et arrestee sur les registres et tant le dict s^r maistre que *despensier auront faict des absences des religieuses pour les confronter avec ses partyes* lesquelles seront arrestees par les dictz deux commis et chacun d'eux les pourront porter en leurs maisons avec les dictz livres et registres (si bon leur semble) pour les voir exactement.

XXIII. Semble aussy debvoir être ordonne que les dictz deux commis à la cuisine manderont audict receveur en chacune sepmaine quelle somme de deniers il baillera au despensier et que deffenses doibvent estre faictes audit despensier demploier plus que ce qui luy auroit este baille.

XXIX. Cet article concernant le bois et le charbon n'a aucun intérêt pour nous.

APOTICAIRERIE ET CHIRURGIE

XXV. Pour retrancher l'abbus que lon dict estre commis par la dame de lapothicairerie (1) *de distribuer aux religieuses les sucres que lon luy baille pour faire des cirops confitures et medecines* · semble debvoir estre ordonne, qu'il ne sera doresnavant baille a ladicte dame de lapothicairerie aucun sucre pour faire cirops et confitures, sinon quand les cirops et confitures sont pretz a mettre sur le feu pour estre les dictz sucres emploiez aux dits sirops et confitures en la présence d'un ou deux des dicts commis qui seront depputes par la compaignie pour voir faire ou a tout le moins commancer les dits sirops et confitures jusques ce qu'elles boullent et le surcre soit totallement fondu.

Item pour le regard du sucre qu'il conviendra emploier es medecine. Le medecin de la maison viendra affirmer au Bureau par chacque mois quelle quantité de sucre l'on pourra avoir emploie aux dictes medecines selon la quantité des malades et qualite des maladies. Que ce faict que la quantitè de sucre que le dict medecin aura affirme sera passee par chacun mois a ladicte dame de l'apoticairie laquelle *jurera qu'elle naura emploie ledict sucre* qu'en la confection des medecines lesquelles seront ordonnees tant aus dicts pauvres malades religieuses qu'aux domestiques de ladicte maison.

XXVI. Semble debvoir estre ordonne que toutes et quanteffois il conviendra bailler des drogues a la dame de l'apothicairerie et au chirurgien l'on arbitera et arrestera en plain Bureau la quantite et qualite dicelles et l'ordonnance signee des commis qui seront lors presens...

XXVII. Quil sera advise sil ne fera pas meilleur de bailler en garde au chirurgien tous les médicaments servant a medicamenter les eleves. Et s'il sera expedient de luy bailler la charge d'administrer les purgatifs afin d'esparguer le plus que lon pourra à ladicte maison.

VIN.

XXVIII. Pour la distribution du vin il *semble qu'il seroit bon de voir quelle quantite de vin il y en a a la cave :* Regler la quantité qu'il en conviendra bailler par chacun jour a chacun malade selon le billet du nombre de ceux qui en doibvent boire et sera signe tous les jours par les medecins et chirurgiens de la maison et envoie par eux au sommelier qui les gardera pour servir au compte quil rendera dudict vin.

XXIX. Sera aussi advise quelle quantite de vin l'on baillera par chacun jour à chacques religieuses et domestiques.

(1) La Pouillière ou mère de la Pouillerie était la religieuse chargée de recueillir dans un endroit spécial (la Pouillerie) les hardes des malades de l'Hotel Dieu.

(2) Le gobet était une sorte de ragout ou plutôt une viande hachée qui correspond.

(1) On sait que cette dame était une religieuse.

© BIU Santé

XXX. Et si on donnera pas du vin pur tant aux malades religieuses que domestiques a ce que lon puisse estre certain quelle quantité de vin l'on bura en ladicte maison.

XXXI. Semble debvoir estre resolu si le commis qui aura la charge de la cave gardera pas les clefs dicelle et ne les baillera au sommelier quil ne face tirer le vin en sa presence ou d'ung sien serviteur quil seaura luy estre fidelle tant pour lesdits malades et domestiques.

XXXII. Ou si les clefs seront laissez audit sommelier et les muidz a luy baillez plains et jaugé pour rendre compte de mois su mois en fin de chacun mois de la distribution qu'il aura faict dudit vin sur lesdictz billetz et par le nombre des gens d'eglise religieuses et serviteurs de la maison et sur lesdictz registres des absences des religieuses.

PAIN.

XXXIII. Pour regler la despence du bled semble qu'il fauldra bailler le bled aux meusniers par poi qu'il rendront la farine au mesme poix et quil doibt estre pris garde que le pannetier et les meusniers ne rendent la farine moullée pour la faire paiser davantaige...

XXXIV. Semble debvoir estre ordonne qne l'on baillera du pain blanc aux griefz malades et non du commun selon les billetz des griefz malades que ledict Sr maistre aura baille a signer.

XXXV. Le pannetier prandera garde si les boullengers renderont et fourniront tant pour les malades qu'aultres domestiques de la maison aultant de livres de pain que la farine qu'on leurs aura livre en aura rendu, afin que lesdicts boullengers ny peussent commettre aucune faulte laquelle pourra estre decouverte sur les billetz contenant le nombre des malades que ledict pannetier restera par chacun d'eux signe dudict sieur maistre et par lesdictz registres des absences des religieuses. *Arch. Ass. Pub.* (Liasse 875).

Université d'Edimbourg.—Réception du professeur Tarnier.

Le 2 août a eu lieu à Edimbourg la réunion annuelle dans laquelle on distribue les grades universitaires. L'immense salle du synode était comble. Au nom du Sénat de l'académie d'Edimbourg, quatre personnes ont reçu le titre de docteur honoraire. Voici comment les journaux d'Edimbourg rendent compte de cette cérémonie en ce qui concerne le professeur de la Faculté de Paris.

« Le professeur Kirkpatrick, secrétaire du sénat dit en s'adressant au lord président Inglis, chancelier de l'université : « J'ai l'honneur de vous présenter, M. Stéphane Tarnier (Applaudissements répétés). Le Dr S. Tarnier, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la maternité, membre de l'Académie de médecine et d'autres sociétés scientifiques, commandeur de la Légion d'honneur, a reçu à l'occasion du Centenaire, en 1884, le titre de Docteur qui lui a été conféré comme étant l'un des plus grands accoucheurs vivant à notre époque. Il lui fut impossible de se rendre ici au moment du Centenaire. Parmi les grands services qu'il a rendus à la science et à l'humanité, il faut citer l'introduction en obstétrique de l'antiseptique qui est le plus généralement accepté, l'invention d'une couveuse, la découverte de nouvelles méthodes pour diminuer la mortalité des enfants, et pardessus tout, les progrès considérables qu'il a réalisés pour la construction du forceps (nombreux applaudissements) qui a été inventé par Chamberlan et modifié plus tard par Levret. M. Tarnier a aussi beaucoup contribué aux progrès de l'obstétrique par la publication de son admirable *Traité* et par d'autres écrits, et il a réuni autour de lui, à Paris, une pléiade d'élèves enthousiastes et pleins de zèle dont les excellents travaux ont augmenté le renom de cette grande Ecole de médecine. Pour ces raisons, M. Tarnier est éminemment digne du titre que je propose au Lord chancelier de lui accorder, » (Applaudissements et hurrahs.)

La rage.

« Un décès qui est vivement commenté, dit le *Petit Lyonnais*, autant par les amis que par les adversaires de M. Pasteur, s'est produit il y a quelques jours. Il s'agit d'un jeune garçon de Poleymieux, nommé P..., horriblement mordu à la main et à la face par un chien muselé, mais dont la muselière n'était pas assez serrée pour l'empêcher de mordre.

« Le jeune P... jouait aux billes avec plusieurs de ses camarades lorsque le chien vint se mettre de la partie sans y être invité. P..., pour faire partir le chien, le frappa, mais celui-ci au lieu de partir se retourna et le mordit.

« Cet enfant, écrit le *Lyon médical*, est mort à Paris de la rage au 22e jour, malgré les inoculations pastoriennes commencées deux ou trois jours après la morsure, et continuées avec persévérance sous les yeux du maitre. »

L'enfant ayant reçu les soins de M. Pasteur dans le délai le plus court, les adversaires de M. Pasteur s'en font un argument contre sa méthode. Il serait donc intéressant de connaitre l'explication fournie par M. Pasteur pour justifier du décès du petit malade, qui a été « soigné avec persévérance sous les yeux du maitre ? »

Les deux fils d'un paysan hollandais des environs de Dordrecht, mordus par un chat devenu hydrophobe à la suite d'une morsure de chien enragé, étaient venus, il y a trois semaines environ, aux frais du gouvernement hollandais, prendre les soins de M. Pasteur. Retourné dans son pays natal, l'un de ces enfants, âgé de treize ans, est mort de la rage mardi dernier.

M. Pasteur a été informé de ce décès par un de nos confrères de la presse hollandaise. L'illustre savant craint que ses prescriptions ne soient pas toujours exactement suivies par des étrangers auxquels il donne ses soins, qui ne comprennent pas le français et qui, une fois présentés au laboratoire, ne sont plus accompagnés d'aucun interprète (Le *Matin*, 10 août).

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1885, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	10	11	4	25
2e	12	15	4	31
3e	27	33	11	66
4e	15	35	12	62
5e	25	40	14	76
6e	12	23	2	37
7e	14	23	6	43
8e	3	11	3	17
9e	21	22	3	46
10e	14	30	8	52
11e	49	84	36	169
12e	21	38	12	71
13e	27	56	19	102
14e	48	58	14	120
15e	36	57	18	111
16e	15	14	4	33
17e	38	57	11	106
18e	50	70	35	155
19e	35	49	29	113
20e	66	73	26	165
	533	799	268	1600

MALADIES OBSERVÉES.			
A		**E**	
Angines et laryng.	105	Affect. cérébrales, Paralysies.	79
Croup	33	Eclampsie. Convuls.	70
Coqueluche	14	Névralgies	30
Corps étrangers de l'œsophage	2	Névroses	73
Ophthalmie	2	Epilepsie	18
B		Aliénation mentale.	13
Asthme	35	Alcoolisme. Delirium tremens.	19
Affections du cœur.	63	Rage	1
Bronchites aiguës et chroniques	101	Tétanos	2
Pleuro-pneumonie.	80	**F**	
Congestion pulmonaire	24	Rhumatisme	17
C		Affections éruptives	55
Affections et troubles gastro-intestinaux	101	Fièvre intermitt.	1
Cholérine.	12	Fièvre typhoïde.	17
Dysenterie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes.	61
Athrepsie.	14	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	52	Plaies. Contusions.	83
Hernie étranglée	21	Fractures. Luxations. Entorses	25
Rétention d'urine	11	Brûlures	3
Orchite	3	Empoisonnements.	12
Corps étranger de l'urèthre.	1	Asphyxie par le charbon	8
D		— submersion.	6
Métrite. Métro-péritonite	42	Suicide	1
Métrorrhagie	43	**H**	
Fausse-couche	45	Mort à l'arrivée du médecin	33
Accouc. Délivrance	147		
Accouc. non terminé	24	Total.	1600

La moyenne des visites par nuit est de 17 58/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19 77/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 33 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 17 0/0.

Visites du 2e trimestre de 1885	1.799
— — 1884	1.600
Différence en moins	199

Association laryngologique américaine.

Voici les principales questions traitées au huitième Congrès de l'*Association laryngologique américaine* :

H. Allen, de Philadelphie. Deux cas de tumeurs adénoïdes avec aspect inusité. — J. Leidy. Muscles intrinsèques du larynx. — Hooper, de Boston. Position des cordes vocales paralysées. — F. Knight. Vertige laryngé. — Solis-Cohen. Autopsie d'un cas de paralysie des crico-thyroïdiens postérieurs. — Donaldson. Ab-

© BIU Santé

sence congénitale de l'épiglotte, étude de la déglutition. — B. Delavon. Tuberculose buccale. — Daly. Traitement de la diphthérie. — Morgan. De l'hémorrhagie consécutive à l'avulotomie. — Trench, de Bwoklyn. Photographie du larynx pendant le chant. — Jarvis. Tumeurs laryngiennes sous-glottiques. — Holden. Gomme du larynx. — J. Mackensie. Névroses vaso-motrices.

NÉCROLOGIE

Le docteur Zuber.

Nous apprenons la mort de M. le Dr ZUBER, médecin principal de l'armée française au Tonkin, officier de la Légion d'Honneur, qui vient de succomber à l'âge de 39 ans, à une attaque de choléra foudroyant.

Zuber quitta le ministère de la guerre, où il était attaché à l'état-major général, pour faire la campagne du Tonkin : son dévouement, son courage au feu et durant les épidémies sont restés légendaires.

Elève du service de santé à l'Ecole maritime et ancien interne des hôpitaux civils de Strasbourg, lauréat de sa promotion, il ne tarda pas à mériter au concours une place de professeur agrégé du Val-de-Grâce, dans la section d'épidémiologie. Ses aptitudes spéciales, sa connaissance parfaite des langues étrangères, le firent désigner pour une mission en Russie, afin d'étudier la peste : il fut ensuite envoyé successivement à Vienne, à Londres, à Turin, et à Berne : nul mieux que lui n'était au courant des modifications apportées par les puissances étrangères dans le fonctionnement du service de santé des armées.

Alsacien, à jamais inconsolable de se voir exilé de son pays natal, il apportait dans l'accomplissement de ses travaux, une vigueur, une ténacité dénotant chez lui, outre l'amour du devoir, les sentiments d'un patriotisme élevé et toujours combattant.

La médecine militaire perd en lui un des hommes destinés à lui conserver sa haute place dans l'armée : Le Val-de-Grâce, un de ses professeurs distingués, qui ont ajouté à la gloire de l'Ecole ; mais la mort de Zuber est illustre, car il tombe au champ d'honneur, et son nom appartient au livre d'or du Val-de-Grâce.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er août 1886 au samedi 7 août 1886, les naissances ont été au nombre de 1137 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443 ; illégitimes, 121. Total, 564. — *Sexe féminin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 152. Total, 573.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er août 1886 au samedi 7 août 1886, les décès ont été au nombre de 956, savoir : 520 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 16, T. 28. Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 10, F. 12, T. 22. — Scarlatine : M. 7. F. 1, T. 8. — Coqueluche : M. 9, F. 4, T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 4, T. 13. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 1, F. 1, T. 2. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 21, F. 15, T. 36. — Phthisie pulmonaire : M. 113, F. 70, T. 183. — Autres tuberculoses : M. 21, F. 14, T. 35. — Autres affections générales : M. 19, F. 22, T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 19, F. 14, T. 33. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 9, T. 20. — Pneumonie : M. 13, F. 8, T. 21. — Athrepsie : M. 84, F. 62, T. 146. — Autres maladies des divers appareils : M. 122, F. 123, T. 245. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 22, F. 6, T. 28. — Causes non classées : M. 12, F. 11, T. 23.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 77 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 15. Total : 45 — *Sexe féminin* : légitimes, 20 ; illégitimes, 12. Total : 32.

DÉCRET *relatif aux fonctions des agrégés des Facultés de droit et de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie.* — *Art.* 1er. Les agrégés des Facultés de droit et de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie sont membres de la Faculté ou Ecole à laquelle ils sont attachés ; ils prennent rang immédiatement après les professeurs. Ils font partie de l'assemblée de la Faculté ou Ecole, avec voix délibérative ou consultative, suivant les distinctions établies par l'article 19 du décret du 28 décembre 1885. — *Art.* 2. Ils participent aux examens, remplacent les professeurs momentanément absents et font des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires. — *Art.* 3. L'organisation des conférences est arrêtée à la fin de chaque année scolaire, pour l'année scolaire suivante, par le Conseil de la Faculté ou Ecole. Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le nombre des agrégés chargés chaque année de conférences ne peut être inférieur au tiers ni supérieur à la moitié du nombre des chaires de la Faculté. — *Art.* 4. — Les agrégés sont chargés des cours prévus par les articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885. Ils peuvent être chargés de cours complémentaires. — *Art.* 5. Sont abrogées les dispositions des décrets et règlements antérieurs contraires au présent décret.

DÉCRET *relatif aux émoluments à attribuer aux agrégés.* — *Art.* 1er. Les agrégés des Facultés de droit et de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie continuent de recevoir, pour les services énumérés à l'article 2 du décret de ce jour, les traitements fixés par le décret du 14 janvier 1876. — *Art.* 2. Les agrégés chargés d'un cours en vertu des dispositions des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885 reçoivent, outre leur traitement d'agrégé : A Paris, un traitement de 3,000 fr. ; dans les départements, un traitement de 2,000 fr. — *Art.* 3. Les agrégés qui touchent actuellement, en vertu des dispositions des articles 1 et 2 des décrets des 20 août et 15 octobre 1881, un traitement supérieur au total des traitements fixés par le présent décret, recevront une indemnité égale à la différence et soumise à retenue dans le cas où, à dater du 1er novembre 1886, ils seraient chargés d'un cours par application des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885. — *Art.* 4. Sont abrogées toutes les dispositions des décrets et arrêtés antérieurs, notamment celles des décrets des 20 août et 15 octobre 1881.

ARRÊTÉ *désignant les facultés auxquelles sont attachés des agrégés des facultés de médecine* ci-après désignées, pour une période de huit ans, à partir du 1er novembre 1887, les agrégés des facultés de médecine dont les noms suivent : (*Faculté de Lille*) : MM. Thibaut (pharmacie), Lambling (chimie), Morelle (chimie). — (*Faculté de Lyon*) : MM. Florence (pharmacie), Hugonnenq (chimie), Malosse (physique). — (*Faculté de Montpellier*) : M. Didelot (physique). — (*Faculté de Nancy*) : M. Guérin (chimie). — (*Faculté de Paris*) : M. Villejean (chimie).

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. VÉLAIN, dr ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, à ladite Faculté d'un cours de géographie physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Du 5 août au 9 octobre 1886, les bureaux du *secrétariat* seront ouverts tous les jours, de midi à deux heures. Le secrétaire de la Faculté recevra, pendant la durée des vacances scolaires, tous les mercredis, de midi à deux heures. — La *bibliothèque* de la Faculté sera fermée, pour le nettoyage annuel, du 9 août 1886 au 31 du même mois inclusivement. Du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, elle sera ouverte le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures. A partir du 11 octobre 1886, elle reprendra son service quotidien.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. WERTHEIMER, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie à ladite Faculté. — M. LEROY, agrégé près la même Faculté, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de pathologie interne à ladite Faculté.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le 15 février 1887, devant ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — M. GAUTRELET, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite école.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours* : Un concours public pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira le lundi 23 août 1886, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris.

ASSISTANCE PUBLIQUE. *Personnel médical des bureaux de bienfaisance.* — Le Dr BILLON (Paul-Eugène), est nommé médecin du bureau de Bienfaisance du 8e arrondissement. — Les médecins du 4e arrondissement sont informés que le mercredi 18 août, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 34. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 AOUT 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Un cas d'ictère émotif accompagné d'une éruption généralisée de lichen;

Par le Dr NEGEL (de Jassy, Roumanie).

M. X..., âgé de 23 ans, rentier, d'une constitution très robuste, avec tendance à l'obésité, est sujet depuis quelques années à des poussées continuelles d'acné, ayant pour siège principal la face et la région dorsale du thorax : il existe aussi un léger engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Dans les antécédents du malade, on ne trouve rien d'héréditaire, si ce n'est que le père a présenté quelques années avant sa mort des accidents syphilitiques tardifs, et, d'après les renseignements donnés par le fils, cette maladie aurait été contractée avant le mariage. Notre malade est atteint depuis deux ans d'un léger écoulement uréthral.

Rien autre chose à noter dans les antécédents personnels. Au mois de février de cette année, le malade ayant présenté sur la muqueuse du prépuce quelques éruptions herpétiques, prit la décision de se traiter tout seul par des cautérisations assez intenses au nitrate d'argent. Ceci étant fait, il en résulta une énorme ulcération suivie de balano-posthite. A ce moment, ayant consulté un médecin, celui-ci fit le diagnostic de chancres mous et lui ordonna plusieurs pommades. Pendant quinze jours environ, le malade garda la chambre et, comme l'ulcération allait de plus en plus mal, M. X... étant très inquiet de son état, demanda au médecin l'époque à laquelle il serait guéri.

D'après le dire du malade, le médecin lui ayant déclaré que sa plaie allait se gangréner, il eut tellement peur qu'il se décida à réclamer aussi les soins d'un autre confrère.

Au moment où, pour la première fois, nous avons eu l'occasion d'examiner le malade, nous avons trouvé une ulcération assez étendue et profonde, située à la partie supérieure de l'orifice préputial; il était impossible d'examiner le gland et le prépuce à cause du phimosis. Cependant il a été très facile de reconnaître l'existence d'une balano-postite, caractérisée non seulement par l'état inflammatoire des parties, mais aussi par l'odeur infecte de l'écoulement.

Pas de bubons; c'est à peine si les ganglions inguinaux sont engorgés et sans être douloureux. Par conséquent, on ne trouve ni l'adénite inflammatoire du chancre mou, ni la pléiade ganglionnaire du chancre induré. Ayant interrogé le malade sur ses symptômes fonctionnels, nous avons appris que son urine était brune, laissant déposer dans le vase; les matières fécales étaient décolorées et il était un peu constipé. Cet état dure depuis 2 jours, époque à laquelle le malade s'est aperçu que la salive était amère, qu'il n'avait plus d'appétit et qu'avec une légère indisposition, il existait aussi un peu de fièvre. M. X... attribuait tous ces symptômes à l'idée dont il avait une peur terrible, de voir son membre se sphacéler.

Ayant examiné la peau, nous avons trouvé un ictère intense accompagné d'une éruption de lichen localisé principalement sur le thorax (dos et parties latérales), le ventre (hypochondres) et la face; mais il existait aussi sur les 4 membres, ainsi que sur le scrotum; c'était la variété de lichen simple présentant çà là quelques vésicules, surtout au scrotum. Le malade croit que l'éruption est survenue à la suite de la jaunisse. Les démangeaisons de la peau étaient légères; l'urine contient beaucoup de pigment biliaire. Sur la peau du ventre, il existe aussi plusieurs taches ombrées indiquant la présence de pediculi pubis. Comme traitement, nous avons ordonné un éméto-cathartique, plusieurs purgatifs salins, de la limonade, du bicarbonate de soude, pour l'ulcération du prépuce et la balano-posthite, nous avons conseillé le malade de faire assez souvent des lavages antiseptiques entre le gland et le prépuce et une pommade à l'oxyde de zinc; dès le lendemain, la balano-posthite se trouve en voie d'amélioration, mais l'ictère, ainsi que le lichen, deviennent plus marqués.

Après 10 jours de traitement, l'ulcération ainsi que la balanite sont presque guéries, mais le lichen persiste toujours et sur le scrotum, il existe quelques petites ulcérations consécutives aux vésicules; l'ictère a beaucoup diminué, l'urine devient jaunâtre; l'appétit est bon. On continue les purgatifs, le bicarbonate de soude, et on fait appliquer sur la figure du glycérolé d'amidon; sur les ulcérations du scrotum, on applique de la pommade à l'oxyde de zinc.

Au bout de 3 semaines, la balanite, ainsi que l'ulcération du prépuce, sont guéries. La jaunisse est à peine distinguée sur les sclérotiques, urines normales. Le lichen de la face a disparu, et il n'en reste que des taches rougeâtres; sur le reste du corps, l'éruption n'a presque rien changé. Les taches ombrées ont disparu par des frictions au sublimé faites sur le pubis et le périnée; comme traitement, nous conseillons des eaux minérales alcalines et des bains d'amidon. A cette époque, le malade quitte la chambre et, après 8 jours, l'ictère a complètement guéri; le lichen est en voie d'amélioration.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de la nature de l'ictère et du lichen. En effet, à quoi faut-il attribuer l'apparition presque subite de la jaunisse : le foie, ainsi que les autres organes, étaient normaux, le malade n'a fait aucun excès, pas d'embarras gastrique ni de refroidissement; en un mot, on ne peut penser qu'à l'émotion morale vive causée par la peur; quant au lichen, nous avons vu qu'il est survenu presque le même jour que l'ictère, par conséquent, on ne peut l'attribuer qu'aux chagrins et le considérer de même nature que l'ictère. Il est vrai que le lichen peut se montrer à la suite de la jaunisse ou de la phthiriase, mais dans notre cas, nous pensons qu'il faut éliminer ces causes; d'un autre côté, le malade étant un herpétique, l'émotion morale a agi seulement comme cause accidentelle faisant apparaître une manifestation d'origine constitutionnelle et diathésique.

© BIU Santé

Quelques observations sur le phénomène de Cheyne-Stokes;

Par le Dr PIAGGIO, professeur à la Faculté de médecine de Montevidéo.

Malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, le mécanisme du phénomène est loin d'être connu, et il ne pourra, à notre avis, être définitivement établi que le jour où le chapitre encore assez obscur de l'innervation respiratoire sera lui-même assis sur des données plus précises. Des travaux récents ont, toutefois, fait faire à la question un pas en avant; c'est ainsi que l'étude expérimentale sur le sujet, publiée il y a quelques mois par le professeur Langendorff (1), constitue un acheminement sérieux vers la solution du problème. Nous-même avions antérieurement tenté un examen critique de la question et avons donné une théorie du problème (2), et c'est autant pour revendiquer la priorité sur certains points que pour apprécier les résultats acquis par le professeur Lagendorff que nous avons écrit cet article.

Le fait dominant du phénomène, celui qui a frappé la plupart des observateurs, c'est le changement du mode respiratoire normal en série périodiquement alternantes de pauses respiratoires et de groupes respiratoires, la première phase du phénomène étant la plus communément qualifiée d'*apnée*, la seconde de *dyspnée*.

Langendorff commence par établir, dans son travail, que cette transformation du rythme normal en un rythme périodique n'est pas particulière à l'appareil respiratoire; qu'elle a été signalée pour nombre d'autres organes, pour le cœur de la grenouille lorsqu'on vient à remplacer le sang par du sérum, pour le ventricule d'un cœur de grenouille lorsqu'on vient à intercepter en le pinçant sa communication avec les deux oreillettes, pour le cœur d'embryons de poulets extraits de la poitrine, etc. La cause occasionnelle du changement dans le rythme de ces organes paraît être l'asphyxie. De là à se demander si le phénomène de Cheyne-Stokes peut être reproduit expérimentalement par suffocation il n'y avait qu'un pas.

On pouvait se demander, avant cette étude de Langendorff, si l'assimilation du Cheyne-Stokes expérimental auquel un certain nombre d'expérimentateurs ont eu recours avec le phénomène du même nom, décrit par les cliniciens était légitime, et nous penchions plutôt pour la négative dans notre premier travail. C'est que lorsqu'on essaye de produire chez un mammifère le phénomène de Cheyne-Stokes en employant la suffocation (par ex. en liant la trachée, en saignant à blanc) on obtient chez l'animal en expérience une longue pause de plusieurs heures parfois; puis tout à coup une inspiration profonde suivie de plusieurs autres qui diminuent de profondeur, et finalement la mort. Il y a là une différence des plus sensibles avec le Cheyne-Stokes clinique. Mais voilà qu'un hasard heureux a permis à Langendorff d'observer sur trois animaux en expérience un Cheyne-Stokes type tout à fait comparable au Cheyne-Stokes clinique. C'étaient deux lapins auxquels on avait ouvert les cavités pleurales et auxquels on les referma après que l'air y eut pénétré. Jusqu'au au moment de leur mort ces animaux présentèrent une respiration intermittente, périodiquement suspendue, caractéristique du phénomène de Cheyne-Stokes. Ainsi donc l'asphyxie est beaucoup trop rapide chez les animaux à sang chaud pour pouvoir entrainer la périodicité du rythme respiratoire et ce n'est que dans des cas d'asphyxie lente (celui des lapins) que le phénomène arrive à se manifester. Par contre, les vertébrés à sang froid chez qui les phénomènes vitaux sont beaucoup moins intenses devront montrer très nettement le mode respiratoire en question. Il est, en effet, des mieux accusés chez les grenouilles auxquelles on a lié l'aorte commune pour les asphyxier. Les phénomènes apparents du côté de l'appareil respiratoire s'accompagnent alors d'autres phénomènes du côté du cœur, des cœurs lymphatiques, des centres vaso-moteurs, des muscles moteurs du squelette, organes qui tous laissent apparaître la même périodicité de leur rythme fonctionnel que l'appareil respiratoire.

De cette étude expérimentale résulte en fin de compte que le phénomène de Cheyne-Stokes est d'une complexité très grande et qu'il ne faudrait pas se laisser aller à attribuer un rôle prédominant aux manifestations de l'appareil respiratoire. Il en résulte en outre l'identification absolue du Cheyne-Stokes expérimental avec le Cheyne-Stokes clinique que nous supposerons connu. Nous ferons remarquer, toutefois, qu'un grand nombre d'auteurs ont signalé les troubles accessoires qui accompagnent chez l'homme le mode respiratoire décrit le premier par Cheyne-Stokes. Nous les avons nous-même énumérés dans notre premier travail. Il serait toutefois intéressant, après les indications données par Langendoff, de reprendre au point de vue clinique ces manifestations dans les divers organes au point de vue spécial de la périodicité de leurs mouvements. Il paraitra encore naturel, étant reconnu que la suffocation est le facteur essentiel qui détermine le phénomène de Cheyne-Stokes expérimental, de songer à l'asphyxie comme une des causes les plus fréquentes (Langendoff n'écarte pas la possibilité d'autres causes pouvant déterminer le même résultat) qui interviennent dans le Cheyne-Stokes clinique. Un apport insuffisant d'oxygène pour les tissus voilà quelle est la cause essentielle du phénomène. C'est là un résultat auquel nous étions arrivé dans notre thèse par un simple travail d'induction. Pas plus que Langendoff, nous ne nous étions laissé tromper par ces manifestations bruyantes de l'appareil respiratoire qui ont pu égarer les cliniciens et leur faire croire à un apport plus considérable d'oxygène pendant la phase dyspnéique du phénomène. Nous avons qualifié de *fausse dyspnée* la phase du cycle respiratoire dans laquelle des inspirations répétées ont pu faire croire à un redoublement d'intensité de la respiration et montrent que l'apport de l'oxygène à des tissus malades devait être comme pendant la phase apnéique au-dessous de la normale.

Pour ce qui concerne le mécanisme interne du phénomène Langendoff ne paraît pas plus que ses devanciers, pas plus que nous-même probablement, l'avoir pénétré. Préoccupé surtout d'expliquer le changement du mode respiratoire normal en un mode périodique, il considère le complexus du phénomène de Cheyne-Stokes comme les effets concomitants d'une excitation qui, émanant de l'encéphale et de la moelle, n'arrive à percer que d'une manière intermittente et périodique. Cette interprétation implique l'idée d'une résistance qui s'oppose au passage de la force nerveuse et en détermine les décharges périodiques. Cette résistance se confond dans l'esprit de l'auteur avec le faible degré d'excitabi-

(1) Langendorff. *Beiträge zur Kenntniss des Cheyne-Stokes' schen Ghänomens. Breslauer ärztliche zeitschrift*, 1885, 25 juillet.

(2) Piaggio. Sur une nouvelle théorie du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. Thèse, 1884.

© BIU Santé

lité du centre respiratoire qui, et ceci découle de ce qui précède, est une conséquence de l'apport insuffisant d'oxygène. Cette façon de voir qui se greffe sur la théorie de la résistance de Rosenthal presque complètement délaissée aujourd'hui, est tout hypothétique comme l'auteur le reconnait lui-même et fait image bien plus qu'elle ne donne la clef du mécanisme du phénomène.

CLINIQUE NERVEUSE

Idiotie complète symptomatique d'une atrophie cérébrale double ;

Par BOURNEVILLE et BRICON.

Il s'agit, dans le cas que nous allons exposer, d'une maladie nerveuse assez commune de l'enfance, l'*atrophie cérébrale*. Elle est, ici, consécutive à des lésions aiguës graves ayant détruit complètement les lobes temporaux et en grande partie les lobes occipitaux et les lobules de l'insula. Nous serions heureux si, en attirant l'attention sur les faits de ce genre, nous parvenions à engager nos lecteurs à étudier minutieusement la *période aiguë* de ces affections si intéressantes et dont l'histoire clinique offre encore tant de lacunes.

OBSERVATION.—*Père : convulsions dans l'enfance, peu intelligent, sujet à un tic, eczéma, ouvrier manipulant le sulfure de carbone, migraines consécutives. — Grand-père paternel et arrière-grand'mère maternelle, alcooliques. — Oncle paternel mort de convulsions.*

Mère ; aliénée. — Grand-père maternel : excès de boissons. — Grossesse un peu tourmentée.

Pas de convulsions dans l'enfance. — Impétigo, ophthalmie, strabisme divergent ; Dentition de lait, gingivite ulcéreuse ; — balancement ; grincements de dents ; parole nulle ; marche à 4 ans ; — salacité ; — phimosis ; — gâtisme ; — insomnie ; — accès de colère ; — recoquevillement des membres inférieurs ; stomatite ; — diarrhée ; — escharres ; amaigrissement progressif ; bronchite ; mort.

Autopsie : Perméabilité du trou de Botal ; — congestion des poumons ; — bronchite ; calcul rénal. — Encéphale : Destruction complète des lobes temporaux et occipitaux, des lobules de l'insula remplacés par deux pseudo-kystes ; pseudo-kystes plus petits sur les lobes frontaux. — Asymétrie et inégalité de poids des hémisphères ; atrophie de certaines circonvolutions. Scissure transversale des frontales ascendantes.

Ren.. Auguste, né le 10 juin 1880, est entré le 27 novembre 1884, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) et y est décédé le 29 mars 1885.

Renseignements fournis par sa mère (8 décembre 1884). — *Père*, 29 ans, homme de peine, grand, peu intelligent, aurait eu dans l'enfance un eczéma et des *convulsions*, n'a jamais pu apprendre à lire, est un peu emporté. Il a travaillé 5 ans dans une *fabrique de caoutchouc* ; c'est là qu'il aurait commencé à avoir des *migraines*, qui sont devenues moins fréquentes depuis qu'il en est sorti. Enfin, il serait atteint d'un tic : Il roule toujours quelque chose dans les mains (mouchoir, pain, ou n'importe quel autre objet) dès qu'il ne travaille pas. [*Père*, homme de peine, bien portant, fait de *fréquents excès de boissons* ; il n'offre pas d'accidents nerveux. — *Mère* morte du charbon. — *Grand-père paternel* mort on ne sait de quoi. *Grand'mère paternelle : excès de boissons fréquents. — Grand-père et grand'mère maternels*, pas de détails. — Un *frère* a été enlevé à 3 ans par des convulsions. Une *sœur*, 26 ans, n'a pas eu de convulsions, a fait des fausses couches et a eu des enfants morts jeunes. — Pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, de suicidés ou de criminels dans la famille].

Mère, 28 ans, de petite taille, blonde châtaine, a une physionomie régulière, est intelligente, bien portante. Elle n'a pas eu de convulsions, de migraines ou d'attaques de nerfs, mais elle est un peu coléreuse. A l'âge de 18 ans, elle a quitté sa mère pour vivre pendant trois semaines avec un amant dont elle n'a pas eu d'enfant ; elle fut prise de *folie* et enfermée à Sainte-Anne où elle est restée deux ans, elle y travaillait tantôt au raccommodage pour la maison, tantôt au crochet pour les sœurs. Depuis sa sortie, elle n'aurait plus ressenti aucun trouble psychique. [*Père*, mort à 47 ans d'un *asthme* ; il faisait, dit-on, quelques *excès de boissons*. — *Mère* morte, à l'âge de 63 ans, d'une maladie du cœur.— Pas de détails sur les *grands parents*. Un frère jouit d'une bonne santé, ainsi que deux sœurs, l'une est mariée, a des enfants qui n'ont jamais eu de convulsions. Pas d'aliénés, etc., dans la famille].

Pas de *consanguinité*.

Deux *enfants* : 1° notre malade ; 2° une fille, âgée de dix mois, qui paraît intelligente, prononce quelques mots, et n'a pas eu de convulsions.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le père de l'enfant travaillait déjà dans une fabrique de *caoutchouc*, et souffrait de fréquentes céphalalgies. *Grossesse* tourmentée par le chagrin provenant de ce que sa belle-mère, concierge dans sa maison, lui reprochait souvent de ne pas avoir dit qu'elle avait été internée à Sainte-Anne ; elle eut des discussions avec sa sœur et sa belle-sœur qui vint un jour pour la battre. Le temps de la grossesse s'écoula sans aucun autre accident, sans syncopes, ni envies de boire, ni œdème, etc.

Accouchement naturel, à terme, sans chloroformisation. *A la naissance*, l'enfant n'était pas asphyxié, paraissait développé normalement. *Elevé au sein* par sa mère, il a été sevré à 18 mois, il n'aurait jamais eu de convulsions.

C'est vers l'âge de 8 à 9 mois, que la mère de l'enfant a constaté les premiers signes de l'*idiotie* ; elle s'étonnait de ce qu'il ne se tenait pas sur les jambes, de ce qu'il ne riait pas comme les autres enfants (il n'a jamais ri) ; « mais, dit-elle, il avait la figure tellement malade par le fait de la gourme, qu'on ne s'occupait pas de le faire rire. » En effet, du troisième jour de la naissance, à trois ou quatre mois, il eut mal aux yeux, et à partir de deux mois, de l'eczéma impétigineux du cuir chevelu, de la face, des mains et des aisselles. Enfin, l'enfant ne devenait pas propre et n'apprenait pas à parler.

Ren... a eu sa *première dent* à 15 mois seulement ; les autres sont ensuite venues rapidement. Il n'a *marché* qu'à 4 ans ; à la maison on le laissait courir dans la chambre, ou couché dans son lit ; si on l'asseyait, il restait en place sans chercher à se lever. Depuis un an, il crie beaucoup, ce qu'il ne faisait pas auparavant.

Ren... présente plusieurs *tics* : il grinçait beaucoup des dents, grince moins maintenant, en dehors de ses colères ; il aime à se frotter les mains l'une contre l'autre (son père fait souvent de même) ; il est atteint d'un *balancement* antéro-postérieur du tronc ; au lit, il aime à se bercer lui-même. Il tousse par moments ; ni bave, ni succion. Il est capable de saisir le verre et de boire seul ; il peut porter son pain à la bouche, mais il ne sait pas se servir de la cuiller, de la fourchette, etc. Il est salace, mange tous les débris qu'il trouve, ses excréments qu'il roule et dont il se barbouille ; ni vomissements, ni rumination, parfois constipation, surtout il y a un an ou deux. Il a toujours été gâteux. Après le sevrage, il ne voulait boire que du lait ; puis du lait et de l'eau sucrée et chaude ; il refusait de boire froid.

L'enfant prend tout ce qu'il trouve, le jette et le brise. Il est inconscient du danger, est méchant, aime à griffer et à mordre. Il se serait livré, mais rarement à l'onanisme vers deux ans, maintenant il aurait perdu cette habitude.

Le *sommeil* est toujours mauvais depuis l'âge de 12 mois ; auparavant étant au sein, R... dormait mieux, actuellement il pousse « des cris sauvages » la nuit pen-

© BIU Santé

dant plusieurs heures, et on a beaucoup de peine à le rendormir. Depuis qu'il marche, il crie moins la nuit, mais continue à crier durant le jour.

R... n'aurait jamais eu de *convulsions*, ni de chorée, ni vers, etc., il n'aurait eu non plus aucune fièvre éruptive, aucune maladie infectieuse. — Le *traitement* aurait consisté uniquement en agents toniques et antiscrofuleux.

1884. 28 *novembre*. Eczéma du cuir chevelu, de la face, des oreilles. — *Poids* : 9 kil. 500. — *Taille* : 0m82. *Traitement* : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, bains salés.

12 *Décembre*. — Plaie contusé de la région temporale droite, consécutive à une chute déterminée par un autre enfant.

1885. 31 *Janvier*. — *Poids* : 9 kil. 200 gr. *Taille* : 0 m. 82 centim. L'amaigrissement est très prononcé. L'alimentation est difficile, les forces déclinent, l'abdomen est gros; les jambes sont grêles. Croûtes d'impétigo du cuir chevelu et des oreilles que l'enfant fait saigner en se grattant. Blépharite ciliaire. — *Traitement* : vin phosphaté, poudre de viande, etc.

Etat actuel (février 1885). — *Tête*, un peu petite ; bosses frontales assez bien dessinées ; région occipitale saillante; protubérance occipitale peu marquée. *Front* étroit, légère ligne en gouttière au niveau de la suture bi-frontale, réseau veineux bien dessiné sur les tempes ; oreilles bien ourlées, très écartées du crâne, lobule petit.

Circonférence maximun de la tête	43 cent.
Grand diamètre transversal	11 — 1/2.
Petit	8 — 1/2.

Face pâle, amaigrie, ovalaire, régulière. Les arcades orbitaires sont effacées dans leur moitié interne, saillantes en dehors. Les yeux habituellement fermés sont peu enfoncés ; l'iris est brun ; les cils sont longs, noirs; blépharo-conjonctivite ; *strabisme* divergent, un peu plus marqué à gauche. *Nez* moyen, épais à sa base, ailes écartées. La bouche est un peu grande, les lèvres sont minces ; pas de bave. *Dentition de lait* : les *gencives* présentent une ulcération sur leur bord formant bourrelet; elles ont une teinte rouge vineuse, sont saignantes et ramollies, il existe des languettes gingivales hypertrophiées et détachées des dents surtout à la mâchoire supérieure. *Voûte palatine* assez large et peu profonde.

Cou, 18 cent. et demi. Chapelets ganglionnaires. Le *thorax* est conique, évasé à la base; sa circonférence, au niveau du mamelon, est de 44 cent. et demi. Les espaces intercostaux sont saillants. Le sternum a une forme aplatie sans projection en avant; chapelet thoracique prononcé. — Le *rachis* est régulier, les apophyses épineuses sont très saillantes.

L'*auscultation* et la *percussion* des différents organes ne révèlent aucune anomalie, mais sont rendues difficiles par les cris poussés par l'enfant durant l'examen.

L'*abdomen* est rétracté avec un réseau veineux superficiel bien dessiné.—*Digestion*. Ren.... repousse et rejette les aliments solides et prend volontiers du lait. Quand il a bu ou fini de manger, il jette les objets. Il suce ses mains ; cette succion a été constatée dès son entrée (1). Il ne vomit, ni ne rumine; de temps en temps il est atteint de diarrhée avec selles décolorées presque blanches. *Gâtisme* continuel.

Organes génitaux : Phimosis; verge très courte et *recoquevillée* ; les bourses sont rétractées, érythémateuses ; les testicules sont de la dimension d'un petit haricot.

Membres supérieurs : très grêles et très amaigris. Deux cicatrices de vaccin à chaque bras ; les doigts à leur extrémité sont rouges.

Membres inférieurs : Ils sont également très grêles et ramenés sur l'abdomen. Les ongles présentent des crêtes longitudinales alternant avec des dépressions. Le réflexe tendineux rotulien est exagéré. L'enfant qui marchait encore seul à son entrée à Bicêtre (fin novembre) ne marche plus. La *peau* est recouverte d'un duvet fin et abondant. Erythème des fesses.

L'*ouïe* paraît normale: lorsqu'on le réprimande, on attire momentanément son attention. Les autres sens n'ont pu être examinés d'une façon sérieuse.

R..... aime à se balancer et chez lui le *balancement* est non seulement antéro-postérieur, mais encore latéral. Assis, il balance le tronc d'avant en arrière et la tête latéralement : debout, il balance la tête en tournant le corps, ou bien encore il tourne la tête. L'habitude de griffer qu'il avait à son entrée a diminué, ce qu'on attribue à ce que les autres enfants en se défendant l'ont jeté à terre. Il porte continuellement les mains à la tête, s'égratigne les oreilles et les lèvres, mais ne grince pas des dents. Le sommeil est toujours agité ; R..... pousse des cris la nuit.

R..... n'a jamais articulé aucun mot, aucune syllabe. Il n'a à son service aucun geste pour exprimer ses désirs. Il est sujet à des *accès de colère* qui se déclarent dès qu'on le touche. Il frappe le sol des pieds. Il ne sait ni s'habiller, ni se laver, etc.

11 *Février*. — L'amaigrissement est plus prononcé ; les forces déclinent de plus en plus. Le cri est presque éteint. Abdomen rétracté en bateau depuis hier, *diarrhée* très abondante, séreuse. Peu de fièvre, pouls imperceptible. Ren..... ne prend presque exclusivement que des aliments liquides.

17 *Février*. Amélioration notable. La diarrhée a disparu. Le sommeil est bon. Pas de fièvre.

19 *Février*. — Même état, mais à l'inspection de la bouche on trouve des plaques assez nombreuses de *stomatite*. — Badigeonnage au jus de citron.

14 *Mars*.— Toux quinteuse, fréquente; auscultation impossible.

20 *Mars*. — Amaigrissement général très prononcé ; les os sont saillants ; rides en V au-dessus de la racine du nez; les sillons naso-labiaux sont très-prononcés.

Les *Membres inférieurs* ont l'attitude suivante : 1° à *gauche*, cuisse fléchie directement et verticalement et jambe fléchie en travers de l'abdomen de telle sorte que le genou vient s'appliquer juste au-dessous du sein gauche, tandis que le talon vient reposer sur la partie supérieure et interne de la cuisse droite et répondre à la partie moyenne de l'aine droite ; — 2° à *droite* la cuisse est fléchie obliquement et en dehors du corps. La jambe est complètement fléchie sur la cuisse et le talon repose sur le grand trochanter. Légère raideur des genoux permettant d'allonger facilement les membres.

Membres supérieurs : Le plus souvent, Ren... place les deux mains sur la nuque, appliquées l'une sur l'autre.

Sur la bourse droite, on constate une légère excoriation et des *eschares* du sacrum, des crêtes iliaques en arrière ; de l'érythème des grands trochanters, de la malléole externe droite, enfin une plaque cyanosée au coude droit.

A la sertissure des dents, on trouve un léger liseré rougeâtre et saignant au moindre contact. Sur les joues, à la face interne, se trouve une plaque un peu déprimée et grisâtre, large comme une pièce de 50 centimes. A l'*auscultation*, râles sous-crépitants, moyens, nombreux et disséminés. — Submatité de la fosse sus-épineuse. — *Pouls* petit, filiforme, régulier. Le *foie* ne déborde pas le rebord costal.

27 *Mars*. — Le cri faiblit de plus en plus ; l'enfant ne prend plus que du lait. Toux faible, étouffée, fréquente. Peu de diarrhée. Escharre du grand trochanter et de la partie supérieure de la crête sacrée.

29 *Mars*. — Décédé à 11 heures du soir. — *Poids* après décès : 6 kil. 100 gr.

Autopsie pratiquée le 1er avril.— L'*abdomen* est excavé. Le tissu adipeux sous-cutané a complètement disparu. Les muscles sont atrophiés, ont une coloration rouge saumon. Pas de liquide dans la cavité abdominale. Le foie remonte à deux travers de doigt au-dessus du rebord costal ; le diaphragme atteint à droite le bord supérieur de la quatrième côte, à gauche le bord supérieur de la cinquième côte.

(1) Contrairement au renseignement donné par la mère.

© BIU Santé

Les *cavités pleurales* ne contiennent pas de liquide. Dans la cavité du péricarde, il existe environ deux cuillerées d'un liquide presque complètement clair. Le *cœur* (30 gr.) en systole contient peu de sang liquide et quelques caillots noirâtres. Le *trou de Botal* est perméable. Toutes les autres parties du cœur et du péricarde sont normales (valvules, myocarde, endocarde, etc.). Le *poumon* droit (30 gr.) présente un peu de congestion à la base; les bronches contiennent du muco-pus; les lésions sont les mêmes sur le poumon gauche (25 gr.)

Rate normale.— L'*uretère gauche* est dilaté; le droit un peu moins. Les *capsules surrénales* n'offrent rien de particulier. Les *reins* sont lobulés; le gauche contient dans son bassinet un *petit calcul* et quelques *graviers*. Le rein droit pèse 20 gr.

Le *canal cholédoque* est perméable. Le *duodénum* n'offre rien d'anormal. — L'*estomac* est recouvert d'un dépôt muqueux très abondant et épais. — *Foie* (205 gr.), *vésicule biliaire*, *intestins*, *ganglions* mésentériques et *pancréas* (25 gr.), rien de particulier.— *Vessie* dilatée. — Les *testicules* ne sont pas descendus, ils se trouvent dans le canal.

La *glande thyroïde* est normale, mais très petite. — *Larynx* normal. — Sur la *muqueuse buccale* de la joue gauche on trouve une ulcération en plaque, allongée, reposant sur le tissu sous-jacent induré et répondant à l'espace situé entre les deux arcades dentaires. A droite, au point correspondant, il paraît avoir existé une même lésion actuellement cicatrisée. — La plupart des viscères contiennent très peu de sang.

Tête. — Le *cuir chevelu* n'offre rien de notable, sauf la disparition complète du tissu adipeux sous-cutané. Les différentes parties du crâne paraissent symétriques. — Le trou occipital, les fosses occipitales et la gouttière basilaire forment un entonnoir beaucoup plus prononcé que d'ordinaire. — La calotte est assez mince; les sutures ne sont pas ossifiées, sauf la bi-frontale. — On y trouve de nombreuses surfaces transparentes, surtout au niveau des pariétaux, et à gauche.

On recueille 125 grammes de *liquide céphalo-rachidien*. La *dure-mère* présente des adhérences aux os assez faciles à détruire. Après l'incision de la dure-mère, on aperçoit immédiatement une *destruction complète des lobes temporaux* remplacés par un *pseudo-kyste* qui laisse voir par transparence une coloration ocreuse du foyer. Au niveau de l'extrémité antérieure des première et seconde circonvolutions frontales gauches, une poche irrégulière de 3 centimètres sur 2 centimètres, tremblotante, d'aspect rappelant une hydatide, mais n'étant qu'un *pseudo-kyste*. A un centimètre en arrière de ce pseudo-kyste, se trouve un *petit foyer* occupant le troisième quart de la deuxième circonvolution frontale gauche (un centimètre carré).

Le cerveau, reposant sur sa face convexe, on voit que l'*hémisphère gauche est en retrait de près d'un centimètre sur l'hémisphère droit*. La base du lobe frontal est moins large à gauche qu'à droite. En arrière, le lobe occipital gauche est en retrait de plus d'un centimètre au niveau du bord convexe. Après macération prolongée dans l'alcool, on trouve que l'hémisphère gauche mesure en longueur 12 centimètres 7, le droit 12 centimètres 1/2. Les deux hémisphères ont 7 centimètres de hauteur au niveau de la pariétale ascendante; la largeur est de 3 centimètres pour le gauche, de 3 centimètres 7 pour le droit. On note également que les deux nerfs olfactifs ont une coloration ocreuse et que le droit est d'un quart plus petit que le gauche. La *bandelette optique droite est de moitié plus petite que la gauche*. La *pie-mère* s'enlève facilement, sauf sur les surfaces kystiques. L'*encéphale* pèse 560 gr.— Le *cerveau* 460 gr. — L'*hémisphère cérébral droit* pèse 278 gr., le *gauche* 187 gr.

Cervelet, 66 gr.; *bulbe* et *protubérance*, 14 gr. — L'*hémisphère cérébelleux gauche* pèse 7 gr. de moins que le droit.

Description des circonvolutions. — *Hémisphère gauche*. — *Scissures* : La *scissure de Sylvius* est presque entièrement comprise dans le *pseudo-kyste* le plus volumineux, elle est réduite à une partie de la lèvre antéro-supérieure du lobule orbitaire à l'extrémité postérieure et inférieure de la pariétale ascendante. — Le *sillon de Rolando* est normal. — La *scissure parallèle frontale* est complète. — La *scissure interpariétale* est réduite à sa lèvre antérieure et supérieure, sa lèvre postérieure formant de ce côté la limite du grand pseudo-kyste. Son rameau ascendant existe et est régulier. — La *scissure perpendiculaire* externe est réduite à sa lèvre supérieure. — La *scissure parallèle* est comprise entièrement dans le pseudo-kyste. Sur la face interne, sauf la *scissure perpendiculaire interne*, toutes les autres scissures sont normales.— La scissure perpendiculaire interne est, à son extrémité postérieure et inférieure, légèrement comprise dans le pseudo-kyste; à son extrémité inférieure et antérieure elle fait partie, sur un centimètre environ, du même pseudo-kyste.

Face convexe. — *Lobe frontal*. — Nous avons déjà décrit les *deux pseudo-kystes* qui occupent l'extrémité antérieure des *première* et *deuxième circonvolutions frontales* et celui qui est situé un peu en arrière à la partie médiane de la seconde frontale. — La *première frontale* est bien développée, sinueuse dans toute la partie située en dehors du kyste; elle envoie deux plis de passage à la seconde frontale. La *scissure frontale supérieure* est dédoublée dans son tiers postérieur. — La *seconde frontale* est bien développée dans ses deux quarts postérieurs, atrophiée dans la partie comprise entre les deux kystes qui siègent à sa partie antérieure. — La *scissure frontale inférieure* est normale, elle communique avec la première non seulement par la scissure parallèle frontale, mais encore par une autre scissure parallèle et plus antérieure qui sépare le troisième quart du quatrième quart de la deuxième frontale. — Le *lobule orbitaire* est assez bien développé et sinueux dans sa partie externe, mais le *gyrus rectus* est atrophié surtout à sa partie antérieure qui est effilée et présente une teinte mi-partie jaunâtre, mi-partie transparente. — Toutes les circonvolutions ont l'air de converger vers la scissure en H. — La *frontale ascendante* est bien développée, coupée vers son milieu par une *scissure transversale profonde qui semble continuer la scissure frontale supérieure* (1), dont elle est séparée par un pli de passage transversal allant en avant de la scissure parallèle frontale de la seconde à la première frontale. — La *pariétale ascendante* est assez volumineuse et assez sinueuse.— Le *lobule pariétal supérieur* est peu développé; quelques points voisins de la scissure interpariétale sont *atrophiés* et font partie de la lésion sous-jacente. — Le *lobule pariétal inférieur*, le *pli courbe*, les *lobes temporal* et *occipital*, le *lobule de l'insula* sont entièrement compris dans la lésion qui a donné lieu à la formation du *grand pseudo-kyste*, sillonné comme les autres par de *minces filaments*, squelette du tissu conjonctif.

Face interne. — La *première circonvolution frontale*, dans sa partie antérieure, est comprise dans le pseudo-kyste de cette région, ou atrophiée; dans ses trois quarts postérieurs, cette circonvolution est bien développée et sinueuse. La *circonvolution du corps calleux* paraît atrophiée dans son ensemble et est, en tous cas, moins développée que celle de l'autre hémisphère. Ses extrémités antérieure et postérieure sont manifestement lésées; celle-ci est réduite en bas à un squelette mince de substance blanche et au-dessus présente, sur une hauteur d'un demi-centimètre, de l'atrophie avec coloration grise un peu ardoisée. Le *lobule paracentral* est assez bien développé avec une incisure en forme de croissant, dont l'ouverture regarde en haut et un peu en arrière. — Le *lobule quadrilatère* est bien développé, sinueux, il n'est atteint, et encore superficiellement, que sur la face qui forme la

(1) Cette incisure de la frontale ascendante est loin d'être rare; parfois même, comme chez Schad..., malade décédé en janvier 1886, cette incisure est double, de telle sorte que la deuxième circonvolution frontale semble se continuer jusqu'à la frontale ascendante.

© BIU Santé

lèvre antérieure de la scissure perpendiculaire interne. Le *coin* est, par ses différents bords, compris dans le grand pseudo-kyste ou dans la lésion environnante ; il est, par ses autres parties, presque réduit à une simple coque de substance grise. Le *pli de passage pariéto-temporal inférieur* est complètement compris dans la lésion kystique. Le *lobe temporo-occipital* n'existe pas et fait partie du kyste.— Le *corps calleux* est peu développé, présente une coloration grise un peu ardoisée; son extrémité postérieure (bourrelet) est comprise dans le kyste. Le *corps strié*, *la couche optique*, n'offrent rien de particulier. Le *ventricule latéral*, normal en avant, communique en arrière largement avec la poche du grand pseudo-kyste dont il forme une partie de la paroi.

Hémisphère droit. — a) *Scissures.* La *scissure de Sylvius*, en grande partie comprise dans le kyste du lobe temporal, présente toutefois sa constitution normale à sa terminaison, sur une longueur de deux centimètres environ. Le *sillon de Rolando* est normal, sinueux, assez profond. La *scissure parallèle frontale* est presque complète, simplement interrompue par un pli de passage, à niveau, allant de la deuxième frontale à la frontale ascendante. La *scissure interpariétale* est assez profonde, sinueuse, possède un rameau ascendant. La *scissure perpendiculaire externe*, assez profonde, limite par sa lèvre inférieure la lésion siégeant sur le lobe occipital. La *scissure parallèle* est comprise dans le kyste du lobe temporal. Les différentes scissures de la face interne assez profondes et sinueuses paraissent normales,

b) Face convexe. — La *première circonvolution frontale*, assez volumineuse, surtout à sa partie postérieure, est dédoublée dans ses quatre cinquièmes antérieurs et présente un aspect un peu chagriné à son extrémité antérieure. La *scissure frontale supérieure* est profonde et sinueuse. La *deuxième circonvolution frontale*, sinueuse, bien développée à sa partie postérieure, grêle à sa partie moyenne et un peu chagrinée à son extrémité antérieure, présente à son tiers moyen, au niveau de la lèvre inférieure de la scissure frontale supérieure, un *petit kyste* allongé le long de cette lèvre sur une longueur d'un peu moins d'un centimètre (2 à 3 mill. de largeur). — Cette circonvolution envoie vers le tiers moyen deux plis de passage de niveau à la troisième frontale, et en arrière un pli de passage de niveau à la pariétale ascendante. La *troisième circonvolution frontale* est bien développée, sinueuse ; son extrémité antérieure est très légèrement chagrinée. Le *lobule orbitaire* est sinueux; le *gyrus rectus* paraît normal ; les autres circonvolutions de ce lobule semblent un peu atrophiées surtout à la partie antérieure où elles ont un *aspect chagriné*. La *frontale ascendante*, assez grosse et sinueuse, présente la même *scissure transversale* que nous avons signalée sur l'autre hémisphère ; cette incisure transversale communique avec la scissure frontale supérieure. Le *lobule pariétal supérieur*, assez volumineux dans son ensemble, est un peu grêle et légèrement chagriné dans la partie située au-dessus de la lèvre supérieure de la scissure perpendiculaire externe. Le *lobule pariétal inférieur* et le *pli courbe*, surtout ce dernier, sont atrophiés et chagrinés ; la partie du lobule pariétal inférieur située directement en arrière de la pariétale ascendante paraît cependant à peu près naturelle. Tout le *lobe occipital est atrophié* et montre à sa surface une coloration lie de vin. A la coupe, on constate que cette coloration est superficielle ; en dessous, la substance cérébrale est fortement colorée en *jaune ocreux* et est *aréolaire*. Le *lobe temporal* est réduit à une languette de la première circonvolution temporale; tout le reste du lobe, ainsi que le *lobule de l'insula*, sont englobés dans le pseudo-kyste que l'on trouve dans cette région, pseudo-kyste de même nature et aspect que celui signalé sur l'autre hémisphère.

c) Face interne. — La *première circonvolution frontale* est assez sinueuse et bien développée ; à son origine, sur une longueur d'environ un centimètre, elle a une coloration grise ardoisée et est plus ferme. La *circonvolution du corps calleux* est bien nourrie, ainsi que les lobules *paracentral*, *quadrilatère* et le *coin*. Le *lobe temporo-occipital n'existe pas et fait partie du kyste.*

Le *corps calleux* a le même aspect qu'à gauche, mais moins accentué peut-être ; son extrémité postérieure est comprise dans le kyste temporal. Le *corps strié* paraît normal, ainsi que la *couche optique*.

Le *ventricule latéral* ne paraît pas en connexion avec le kyste. L'*hémisphère cérébelleux gauche* est notablement atrophié. La *protubérance* et le *bulbe* n'offrent rien de particulier à l'œil nu.

Réflexions. — I. L'*hérédité* a exercé, dans ce cas, une influence notable qu'explique l'état nerveux du père, et l'aliénation antérieure de la mère.

II. Une autre cause peut encore être invoquée, c'est la *profession insalubre* exercée par le père à l'époque de la conception. On sait, en effet, que le maniement du sulfure de carbone, employé dans la fabrication du caoutchouc, exerce une action nocive sur la santé. Nous avons eu déjà l'occasion, en maintes circonstances, de relever l'action des professions insalubres sur la production de l'idiotie. Nous résumerons un jour tous les faits que nous possédons sur ce sujet (1).

III. A quelle époque s'est produite la lésion dont l'autopsie nous a révélé les cicatrices, nous l'ignorons. Peut-être est-on en droit de penser que c'est durant la vie intra-utérine, s'il est exact, comme la mère l'a affirmé, que l'on n'a jamais observé de convulsions chez son enfant. Cette opinion s'appuie encore sur ce fait que, à aucun moment, il n'aurait présenté le moindre indice d'intelligence. C'est seulement vers l'âge de 8 ou 9 mois que sa mère aurait songé à la possibilité d'un arrêt de développement : R... ne se tenait pas sur les jambes ; il n'avait pas encore de dents ; il ne riait ni ne gazouillait. Ces soupçons ne se transformèrent en certitude qu'à partir d'un an. Alors elle s'aperçut que le sommeil devenait mauvais, était interrompu par des « cris sauvages », que la parole était nulle, la marche impossible ; enfin elle vit s'ajouter à tous ces signes des grincements de dents, le balancement, d'autres tics, etc. (2).

IV. Le diagnostic clinique était facile à porter : il s'agissait là d'un cas d'*idiotie complète*. Quant à la cause, c'est-à-dire à la lésion anatomique qui l'avait déterminée, nous avouons être restés indécis. C'est de ce côté, pourtant, qu'il faut diriger ses investigations, car cette connaissance seule peut permettre de porter un *pronostic* sérieux et, par conséquent, de dire au moins approximativement dans quelle mesure l'enfant est perfectible.

V. Les *lésions* découvertes à l'autopsie ont été décrites plus haut trop minutieusement pour qu'il soit utile d'y revenir. Nous rappellerons seulement que les deux foyers principaux avaient détruit plus ou moins complètement les lobes temporaux et occipitaux, les lobules pariétaux inférieurs et les lobules de l'insula ; qu'il existait plusieurs autres foyers (pseudo-kystes) de moindre étendue sur les lobes frontaux ; — que les circonvolutions ou les parties de circonvolutions avoisinantes étaient atrophiées ; — que quelques-unes avaient un aspect chagriné ; — que les lésions étaient plus accusées sur l'hémisphère *gauche* qui pesait 91 gr. de moins que le droit; que l'hémisphère cérébelleux *gauche* était un peu atrophié ; qu'enfin il y avait une atrophie de la bandelette optique droite. La multiplicité des lésions, la formation consécutive de pseudo-kystes

(1) Voir aussi F. Roque. — *Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente*. Paris, 1872.

(2) Nous publierons prochainement une note sur les premiers signes de l'idiotie.

© BIU Santé

nous font penser que la lésion primitive était un ramollissement probablement de nature inflammatoire (1).

Dans sa remarquable monographie, M. Cotard a signalé une opinion qui nous semble contredite par notre observation : « Si, dit-il, les lésions se produisaient des deux côtés, une mort prompte s'ensuivrait nécessairement, et l'on n'observerait pas ce ratatinement du cerveau, cette diminution de volume, ces pertes de substance qui sont le résultat d'un développement imparfait ou d'un long travail de résorption de la substance cérébrale. » On a vu, en effet, que chez Ren..., il existait des lésions très étendues, portant non seulement sur l'un des hémisphères mais sur les deux. Relevons, en terminant, que l'enfant était parvenu à se servir de ses quatre membres, ce qu'explique l'intégrité des régions motrices (2).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association française pour l'avancement des sciences ; — Congrès de Nancy.

Le Congrès annuel de l'Association française pour l'Avancement des Sciences s'est ouvert la semaine dernière, le jeudi 12 août 1886, à deux heures et demie, à Nancy, dans la salle du théâtre, place Stanislas. Cette séance d'inauguration, précédée à une heure et demie par une séance du Conseil d'administration au Lycée, a eu lieu en présence d'un grand nombre de membres du Congrès et d'habitants de Nancy; elle était présidée par M. Friedel, professeur de Chimie à la Faculté des Sciences de Paris, membre de l'Institut.

Le Président, après avoir brièvement rappelé l'origine de l'association, cité les noms de ceux qui ont tant contribué à son développement et qui, cependant, n'ont pas eu la joie de la voir prospère, sans oublier ceux qui, plus heureux, ont assisté à ses progrès croissants, a de suite expliqué pourquoi la fusion entre l'*Association française* et l'*Association scientifique de France* fondée par Leverrier en 1864, n'avait pas été accomplie cette année et signalé les difficultés administratives survenues. Cependant cette fusion existe en fait, puisqu'au Congrès de Nancy asssistent un certain nombre de membres de l'*Association scientifique de France*. « Le but de l'Association, dit-il, ou plutôt de ces deux associations réunies, est non pas de vulgariser la science, mais de grouper ceux qui la cultivent dans toutes les parties de la France, des petits aux grands. » Il en vante ensuite les bienfaits ; témoin les beaux travaux de M. Pasteur. Il annonce qu'à son regret cet illustre savant ne peut pas assister au Congrès, mais qu'il a promis d'envoyer une *statistique complète* des cas de rage traités par sa méthode. Si tous les travaux qu'on communique aux divers congrès ne portent pas de pareils fruits, n'ont pas tous une utilité aussi frappante, il n'en est pas moins vrai que tout mémoire consciencieux est une pierre de plus apportée à la construction du temple de la Vérité. L'Association a pour premier devoir la décentralisation : elle n'y manque pas et favorise les efforts individuels dans la mesure du possible.

Ancien élève lui-même de la Faculté de Strasbourg, il énumère avec émotion et patriotisme les noms des savants lorrains et alsaciens dont les travaux sont très connus de tous : Gerhardt, Küss, Sédillot, etc., etc., disparus depuis plusieurs années, et qui ont fait tant pour la science.

Dans la dernière partie de son discours, il expose suivant l'usage consacré les progrès récents de la science à laquelle se rapportent plus particulièrement ses études, à savoir la chimie et la minéralogie. Il signale, en chimie, les découvertes importantes faites dans ces dernières années (synthèses d'alcaloïdes, etc.), et insiste sur tout l'intérêt que présente l'isolement du fluor obtenu récemment par M. Moissan ; il ajoute que M. Lecoq du Bois-Baudran vient d'annoncer l'existence de deux nouveaux métaux. — En minéralogie, il attire l'attention du public sur les beaux résultats qu'ont fourni les études de pétrographie microscopique et l'emploi de la lumière polarisée ; il a soin de rappeler que cette science un peu délaissée en France paraît n'y pas exister, puisque dans les Facultés on ne s'en occupe pas.

Les quelques mots qui terminent ce discours soulèvent de nombreux applaudissements dans la salle : « Messieurs, chacun à sa façon doit servir son pays ; en cultivant la science, vous favoriserez le développement moral et intellectuel de la patrie ; vous ne vous perdrez pas en vaines discussions pour servir la patrie, il y a un moyen qui ne peut froisser personne et qui provoque seulement des rivalités généreuses : aider au progrès de la science. C'est encore elle qui nous divise le moins. »

M. Volland, maire de Nancy, prend ensuite la parole pour souhaiter la bienvenue aux membres du Congrès au nom de la municipalité. Il ne sait trop comment remercier les hôtes étrangers qui viennent rehausser par l'éclat de leur nom et de leur réputation les travaux de l'Association française. En quelques mots, il retrace l'origine des facultés de Nancy et l'immigration en 1870 des savants strasbourgeois. En termes éloquents, il exprime le ferme espoir de constater bientôt un développement plus considérable des Etudes supérieures à Nancy. On a beaucoup fait, mais il reste encore beaucoup à faire, si l'on songe que l'Université de Strasbourg est là, de l'autre côté des Vosges, comme pour narguer sa rivale française. Le cosmopolitisme de la science n'est point contraire à l'idée de la patrie, et il est consolant de voir aujourd'hui les nations civilisées marcher la main dans la main à la conquête des vérités scientifiques, sans avoir pour cela rien à retrancher de la noble devise : *Par la science pour la Patrie!*

M. Collignon, secrétaire général a fait, après l'allocution de M. le maire de Nancy, un court résumé du Congrès de Grenoble et constaté le nombre croissant des communications. Il a consacré quelques mots à l'éloge des membres de l'Association décédés dans le courant de l'année, et énuméré la liste des distinctions honorifiques accordées.

Enfin, M. Galante, trésorier, expose la situation fi-

(1) Comparer avec deux observations que nous avons publiées il y a deux ans et se reporter aux planches qui l'accompagnent. (*Archives de neurologie*, 1885, t. IX, p. 320 et *Compte rendu de Bicêtre*, 1884, p. 13 et 56).

(2) Nous avons présenté le cerveau à la *Société anatomique* et montré, comme dans toutes les communications du service faites depuis 1880, le *moule de la tête* et les *photographies* du malade.

© BIU Santé

nancière ; son compte rendu montre que l'Association a des ressources de plus en plus importantes. Mais il ne faut pas oublier que, pour répondre exactement à la pensée des fondateurs, l'Association doit constamment tendre à constituer une œuvre puissante de propagande scientifique.

A l'issue de la séance d'inauguration, les membres du Congrès se sont rendus dans les salles réservées à chacune des sections ; à quatre heures, dans chaque section, la séance a été ouverte pour procéder à la constitution des bureaux et à la fixation de l'ordre du jour.

La section des sciences médicales est présidée par M. Bouchard (de Paris) ; le président d'honneur est M. le Pr Tourdes, de Nancy ; elle a pour vice-présidents : MM. Gross, Bernheim, Hecht, Hergott, (de Nancy) ; Duguet (Paris), Poncet (Lyon), Ladame (Genève), Picot (Bordeaux), Grasset (Montpellier), Pamard (Avignon). — MM. Petit et Barbier (Paris), Simon et Parisot (Nancy) sont nommés secrétaires.

La ville a fait un bienveillant accueil aux membres de l'Association ; elle a été superbement décorée. Des fêtes ont eu lieu pendant la durée du Congrès dans les différentes promenades de Nancy. Jeudi soir, illumination et concert au jardin de la Pépinière. Lundi soir réception à l'Hôtel-de-Ville. Des excursions ont eu lieu aux environs et dans les Vosges. M. Martin a fait, le samedi soir 14 août, dans la salle du théâtre, une très intéressante conférence sur l'assainissement de la maison. D'autres conférences seront faites par M. Bernheim sur l'*Hypnotisme*, et M. Marey sur l'*Analogie des mouvements* par la *chromo-photographie*.

MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Session de Nancy

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

PRÉSIDENCE D'HONNEUR DE M. TOURDES (de Nancy).

PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD (de Paris).

Séance du 13 août 1886 (matin).

M. VOISIN fait une communication sur la *production du sommeil hypnotique dans l'aliénation mentale*. — Il reprend la question qu'il a soulevée au Congrès de Grenoble en 1885 (1) et affirme ses premières conclusions en rapportant la relation de deux faits récemment observés à la Salpêtrière chez deux aliénées atteintes de folie aiguë : — Sommeil hypnotique produit par la lampe au magnésium dans le premier cas et amélioration notable, rapide. Dans le deuxième cas, il s'agissait de lypemanie avec stupeur profonde, mutisme, idées de suicide, gâtisme; etc. — Hypnotisme par apposition de la main sur le front, puis suggestion. Le gâtisme cesse à la seconde séance de suggestion. A la troisième, la malade reprend son travail et mange. Va bien depuis. Aucun traitement n'a donné de pareils résultats.

M. VOISIN fait une seconde communication sur quelques *phénomènes observés chez trois malades pendant le sommeil hypnotique*. — Chez les deux premières, atteintes l'une d'ataxie locomotrice progressive, l'autre d'aliénation mentale, d'hystérie et d'hypochondrie, il a constaté pendant le sommeil hypnotique la production dans les membres de secousses suivies de contractures au moindre pincement. Chez une troisième malade aliénée lypémaniaque, mais non hystérique, ayant des idées de suicide, ces phénomènes étaient surtout marqués à la face. Pour lui, et il le démontre, ces faits n'ont rien à voir avec l'hyperexcitabilité musculaire (en effet, ils ne sont pas susceptibles de transfert, etc.). Il les compare à ce qui s'observe chez les animaux à la suite de l'ablation du cerveau et des sections de la moelle. Le caractère réflexe de ces phénomènes lui paraît démontré, et il insiste sur la coexistence nette de la léthargie (les malades étaient dans le sommeil hypnotique ou plutôt en léthargie) et d'une exaltation du pouvoir excito-moteur du bulbe rachidien et de la moelle. Ces faits, pour M. Voisin, ont une certaine importance ; ils permettent d'écarter toute idée de simulation.

M. LANDOWSKI indique comme *traitement local de la dysménorrhée membraneuse* une nouvelle forme de procédé. En outre du traitement général, qu'il ne faut jamais négliger quand l'indication s'en fait sentir, il préconise l'emploi de l'*électro-cautère* comme traitement local. Mais, pour cet auteur, le modus faciendi est d'importance capitale, il fait d'abord dilater suffisamment l'orifice du col par une ou deux applications pendant la nuit d'éponge préparée. Quand l'orifice est béant, on introduit franchement, sans crainte, l'électro-cautère et on agit directement sur la muqueuse utérine en voyant ce qu'on fait. Il faut avoir soin d'intervenir 4 à 5 jours avant les règles. On n'a pas d'accident si l'on prend les précautions voulues.

M. NETTER (de Nancy) préconise pour le *traitement de la coqueluche* l'oxymel scillitique administré d'une façon spéciale. Il donne l'oxymel scillitique (dont la composition sera absolument conforme aux prescriptions du codex), non pas en potion, mais tel quel, sans excipient. Chez les jeunes enfants, il fait prendre le remède le soir à la dose de six ou sept cuillerées d'oxymel, une cuillerée toutes les dix minutes. Un grand nombre d'observations faites à l'hôpital de Nancy prouve l'efficacité du médicament ainsi administré, à condition de le faire prendre quand l'estomac est vide.

M. BOUCHARD demande des renseignements sur ce mode de traitement de la coqueluche aux professeurs de Nancy cités par M. Netter.

M. RÉMY rapporte alors les observations probantes qui montrent que la coqueluche ainsi soignée peut guérir en huit jours en moyenne, quelquefois en moins de temps, alors même que l'administration de l'oxymel scillitique a lieu dès le 15e jour de la maladie.

M. BOUCHARD fait remarquer que ces observations sont très intéressantes et d'une haute portée au point de vue pratique.

M. RUAULT présente un appareil de son invention, construit par M. Galante, qui est une combinaison de l'aspirateur Potain et d'un injecteur ordinaire.

M. BOUCHARD fait remarquer les services qu'est appelée a rendre l'antisepsie des cavités internes et montre les avantages de l'appareil de M. Ruault pour le lavage de l'estomac. Pour lui, qui considère le lavage comme une opération de nécessité, et qui croit qu'on en a fait abus, le lavage à grande eau et avec une grande quantité de liquide n'est pas sans inconvénient ; répété trop souvent, il fait perdre la capacité digestive de l'organe en le distendant encore plus qu'il ne l'est. Avec l'appareil de M. Ruault, on peut faire ce lavage avec une très petite quantité de liquide, la distension n'est que modérée, et la plupart des inconvénients que craint M. Bouchard en employant l'ancienne méthode disparaissent avec ce nouveau procédé.

M. GAIRAL montre un *appareil destiné à amener le contact avec le col utérin des liquides dans le vagin*, de façon à pouvoir agir directement et uniquement sur ce col. C'est une curette à double fond, à partie inférieure imperméable, à partie supérieure perméable, construite en caoutchouc et munie d'un tube destiné à l'introduction des liquides. On l'introduit comme un pessaire.

M. LADAME fait un résumé des recherches les plus récentes sur la *myopathie atrophique progressive* et rapporte une observation pleine d'intérêt de la forme juvénile de Erb (voir *Prog. médical*, leçon de M. Charcot, 1885, p. 179). Le traitement

(1) Voir *Prog. méd.*, 1885, page 140, n° 34.

© BIU Santé

qu'il préconise est l'emploi combiné des courants continus et interrompus ou galvano-faradisation.

M. Apostoli indique la façon dont il procède pour traiter l'*endométrite*, fait remarquer que la thérapeutique a été dans ces cas toujours trop extérieure et bornée au col ; on ne s'est pas assez préoccupé de la muqueuse et du corps de l'utérus. Au raclage de l'utérus, si en honneur à l'étranger, il propose de substituer un *raclage galvano-chimique*, progressif, localisé, et employé à doses réfractées. Il décrit en détail l'outillage nécessaire et sa façon d'opérer. Instruments nécessaires : galvanomètre d'intensité, pile Leclanché (grand volume) ou pile au bisulfate de mercure (la meilleure des piles transportables), hystéromètre en platine, long. Pôle indifférent, sans chaleur, applicable sans douleur, sans crainte d'*eschares* (la terre glaise qu'il a préconisée en 1882 remplit supérieurement ce rôle, et permet d'aller à 200 milliampères). Avoir soin de bien flamber et nettoyer l'hystéromètre avant de l'introduire dans la cavité utérine ; garantir le vagin avec un tube en gomme, etc. Ne pas s'acharner contre les utérus dits *irritables*, qu'on rencontre 5 fois sur 100 cas, et exiger le repos après chaque séance. Dans l'intervalle, injections antiseptiques. Ce traitement donnerait les meilleurs résultats. — Le pôle à placer dans l'utérus est le positif, si la métrite est hémorrhagique, car il est coagulant ; s'il n'en est pas ainsi, on placera dans la cavité de la matrice le pôle négatif ou basique qui est diffluent.

M. Ladame avoue que ce procédé est ingénieux, mais que l'endométrite n'est pas aussi rebelle aux autres médications que M. Apostoli le croit.—Depuis qu'on pratique sur une grande échelle les applications antiseptiques intra-utérines (avec le chlorure d'étain entre autres), on a de bons résultats. Il n'emploie le raclage avec profit que lorsque l'endométrite est la conséquence de végétations ou de granulations de la muqueuse.

La séance est levée à 11 heures. — Le soir, visites industrielles à l'imprimerie Berger-Levrault et à la tannerie Luc.

Section d'hygiène. — Présidence de M. Girard (de Grenoble).

Constitution du bureau : Président élu en 1885 : M. Girard, chirurgien en chef des hôpitaux de Grenoble ; Présidents d'honneur : Dr Gosse (de Genève) ; Dr Rochard (de Paris) et Em. Trélat (de Paris). Vice-Président : Dr Poincarré (de Nancy). Secrétaires : MM. Schwabe, ingénieur ; Dr Brullard et Dr Sagnier.

Séance du 13 août 1885 (matin).

Voici la liste des communications qui ont été faites à la section d'hygiène :

M. Lavet. — *Le service municipal de la préservation de la variole à Bordeaux. — Résultats de ses recherches, de ses expériences et de son fonctionnement.*

Discussion : MM. Pamard, Chauveau, Rochard, Delcominète, Poincarré, de Valcourt, Spillmann et Girard.

M. Arnould. — *Sur l'état sporadique de la fièvre typhoïde.*

Séance du 14 août 1886 (matin).

M. Herscher, ingénieur. — *Sur la désinfection par la vapeur des objets de literie.*

Discussion : MM. Schwab, Martin, Lallement, Chauveau, Trélat et Girard.

M. Maurel, médecin principal de la marine. — *Habitation et vêtement dans les pays chauds.*

Discussion : MM Trélat et Layet.

M. Schawb. — *Démographie et hygiène de Nancy.*

Discussion : MM. Lallement, Arnould, Chauveau et Girard.

M. Gosse (de Genève). — *De quelques exceptions en médecine légale.*

M. Brémond (Paris). — *Hygiène professionnelle du blanchissage et des travaux qui le précèdent ou le suivent.*

M. Henrot. — *De la liberté individuelle dans ses rapports avec les maladies contagieuses.*

M. Carnot, ingénieur en chef des mines. — *Principes à consulter dans le choix des terrains destinés à recevoir les eaux d'égouts des villes. — Application à la ville de Paris.*

M. Gérardin, Paris. — *Sur les lavoirs publics.*

M. Poincaré. — *Influence du mouvement professionnel sur le rhythme de la respiration et de la circulation.*

M. Deshayes. — *Du rôle des ptomaïnes dans les empoisonnements par les substances alimentaires.*

M. le Pr Alglave, Paris. — *De la lutte contre l'alcoolisme.*

M. Giraud. — *De l'application du tout à l'égout, à Grenoble.*

(Soir.)

Suite de la discussion sur l'hygiène de la ville de Nancy. — Ont pris la parole : MM. Layet, Arnould, Lallement, Heydenreich, Trélat, de Valcourt, Michel, Schwab, Haller et Girard et H. Krausl, en Allemagne.

M. Rohmer. — *De la maturation de la cataracte.*

M. Deshayes. — *De la récidive de la fièvre typhoïde.*

Une discussion longue s'engage à ce sujet ; y prennent part : MM. Bernheim, Bouchard, Rochard, Lay et J. Maurel.

M. Nepveu. — *Contre-indication de l'extirpation des tumeurs tirées de l'examen du sang au microscope.*

M. Seiler. — *Traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique.*

Discussion par MM. Bouchard et Hergott.

Séance du 14 août 1886 (matin).

Président d'honneur, M. Tourdes.

Présidence de M. Bouchard.

M. Boucheron, au nom de M. Duclaux (Faculté des sciences de Paris) et au sien, fait une communication sur les *scrofulides micrococciennes*. Ces auteurs ont recherché si, dans les scrofulides autres que le lupus, on trouvait des microbes. Ils ont choisi pour cela d'abord l'*impétigo* et y ont trouvé un microbe sous forme de chaînettes, de diplocoques, de masses zoogliques. Ils ont cultivé ce microbe et pratiqué des inoculations. L'inoculation de la cinquième culture dans les veines du lapin à la dose de 2 à 3 gouttes amène la mort de l'animal très rapidement ; à l'autopsie, pas de lésions appréciables, sauf péricardite séro-fibrineuse non constante ; mais dans le sang le microcoque pullule.

L'inoculation de la première culture dans le sang, à la même dose, produit des lésions plus tardivement, au bout d'un jour : exsudats variés dans les cavités séreuses, articulations, plèvre et péricarde, myocardites (cœur, psoas), etc.) Les injections dans la trachée et le mélange avec les aliments de ces cultures, autrement dit l'introduction par les voies naturelles sont très peu nuisibles, car les lapins survivent ordinairement. Ces cultures appliquées sur la peau de ces animaux avec de l'axonge fraîche peuvent déterminer des gangrènes localisées de la peau et l'hypertrophie ganglionnaire. Injectées entre les lames cornéennes, elles donnent lieu, si elles sont très actives, à une kératite à hypopyon très grave, si elles sont atténuées à un simple décollement des lames, phénomènes analogues avec le microbe tracé dans l'acné pilaire, des narines et des paupières.

M. Boucheron montre qu'il ne peut être question dans ces faits d'infection purulente et se livre à quelques considérations intéressantes, mais peut-être prématurées entre cette maladie expérimentale et la scrofulose.

M. Bouchard félicite l'auteur de ces recherches expérimentales bien conduites et en conclut qu'un microbe indifférent puisé dans des pustules d'impétigos peut devenir un microbe pathogène grave, au moins pour certains animaux. Mais il faut faire des réserves à propos de l'assimilation de cette maladie expérimentale, spécifique, parasitaire, avec la scrofulose.

M. Verneuil est d'avis que cette réserve est très justifiée, ce qui n'enlève rien à la valeur des recherches de M. Boucheron.

M. Boucheron pense cependant qu'il a des analogies notables.

M. Hergott parle dans le même sens que MM. Bouchard et Verneuil. Tout ceci, dit-il, est très vrai pour le lapin, mais en ce qui regarde l'homme, se méfier de conclusions hâtives.

M. Rochard indique le mode de *traitement* qu'il emploie dans les *fièvres intermittentes rebelles* et la *cachexie palustre*. Il se sert de la poudre de quinquina calisaya et de l'arséniate de soude en utilisant les ressources de l'hydrothérapie. Le sulfate de quinine, dans ces cas, doit être réservé pour les accès qui surviennent dans le cours de la cachexie chronique. L'hydrothérapie n'est pas indiquée quand l'appareil respiratoire est

© BIU Santé

en mauvais état. Si le tube digestif est en mauvais état, employer la diète lactée.

M. NETTER pense que le sulfate de quinine peut rendre quelques services dans la cachexie chronique d'origine paludéenne; si on ne l'emploie pas, on peut avoir des récidives.

M. ROCHARD répond que, pour le traitement des accès aigus, le sulfate de quinine a une action merveilleuse, mais que les gens saturés déjà de ce médicament et atteints de cachexie palustre guérissent plus vite par son traitement.

M. DEFRESNE indique le *rôle de la pancréatine* dans l'économie.

M. DELTHIL (de Nogent-sur-Marne) expose les résultats de son traitement curatif et prophylactique et la diphthérie par les évaporations d'essence de térébenthine et les fumigations de goudron, de gaz et d'essence de térébenthine. — Il résume d'autre part ses observations et en détache les faits saillants suivants : Absence d'accidents causés par le traitement. Durée de l'incubation diphthéritique 5 jours en moyenne. Les matières diphthériques non détruites conservent leur contagiosité pendant plus d'un an. La diphthérie a des milieux d'élection, certaines familles ont des aptitudes de réceptivité particulières. L'analogie de la diphthérie de la volaille et de celle de l'homme, bien que non admise, est probable, et la contagion de l'un à l'autre possible, le fumier de basse-cour est un instrument de généralisation et de contagion. La salive des diphthéritiques est acide, elle rougit le papier de tournesol. La diphthérie est une affection primitivement locale qui se généralise, produisant parfois une sorte de phagédénisme diphthéritique; elle peut avoir son point initial dans les régions les plus diverses de l'organisme. Elle peut être inoculée sur une plaie. La diphthérie intestinale ne peut être niée, elle existe chez l'homme et communément chez le veau. La diphthérie peut végéter chroniquement pendant plusieurs mois chez le même individu. La contagion de le diphthérie ne cesse d'augmenter en France et à l'étranger, le chiffre des décès dépasse, à Paris, 2.000 par an; en Saxe, 20.000 individus ont succombé à cette affection en 4 ans.

A propos de l'étiologie de cette affection, nous appelons l'attention sur les deux cas de contagion de diphthérie de l'homme aux volailles qu'il cite dans son mémoire. Pour lui, un fait parait démontré : à savoir que les volailles peuvent prendre la diphthérie de l'espèce humaine. Il est convaincu de la réciproque, quoiqu'il n'ait pas d'observations concluantes à ce sujet.

M. VERNEUIL insiste sur la dernière partie de la communication de M. Delthil et montre tout l'intérêt qu'il y a à étudier cette question de la communication d'une maladie des gallinacés à l'homme et réciproquement. Il pense que c'est presque toujours l'animal et le plus souvent l'animal domestique qui nous infecte.

M. BOUCHARD croit que la diphthérie des volailles (*croup* en anglais, *pépie*) est la cause de la diphthérie de l'homme. D'ailleurs, il y a assez longtemps déjà qu'on a émis cette idée.

M. DUBOIS présente un *appareil perfectionné pour l'administration d'un mélange titré de chloroforme et d'air* pouvant servir aussi à tout autre mélange titré de vapeur et d'air.

M. LEUDET fait une communication sur le *zona chronique*. Il en cite de nouvelles observations et présente quelques considérations sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de cette affection. Il rappelle qu'il a décrit, il y a longtemps, le zona chez les tuberculeux et le considère comme un zona traumatique médical, dans lequel le traumatisme des nerfs serait dû aux microbes de la tuberculose. Pour lui, le zona est la conséquence des lésions anatomiques des nerfs périphériques ou des ganglions inter-vertébraux. Il ne croit pas à la fièvre Zoster de M. Landouzy.

M. BOUCHERON a inoculé des microbes trouvés dans des vésicules de zona ophthalmique à travers un nerf du lapin. Il a vu se développer le long de ce nerf des lésions chroniques dues aux microbes. Pour cet expérimentateur, le nerf peut servir de voie de passage à différents microbes pathogènes.

M. BOUCHARD fait remarquer que, dans les expériences de M. Boucheron, il faut tenir compte des microbes venus de l'extérieur. — D'autre part, quoiqu'il n'admette pas la fièvre Zoster de M. Landouzy (car il ne croit pas à l'immunité conférée, dit-on, par le zona), il comprend et admet l'existence des névrites infectieuses.

M. VERNEUIL veut qu'on sépare nettement zona et herpès. — L'herpès peut, d'après lui, donner lieu à des accidents graves; il rapporte le cas d'un malade atteint d'herpès du pied produit par le frottement de la chaussure, qui un soir fut pris d'un violent frisson et de lymphangite suivie de suppuration dans la bourse séreuse pré-rotulienne.

M. DUBOUSQUET-LABORDERIE (de Saint-Aren), fait une communication sur les *amygdalites infectieuses* qui peut se résumer ainsi : Il vient apporter une contribution nouvelle à l'étude d'une maladie réputée classiquement simple et locale et prouver par des faits classiques qu'elle n'est qu'une manifestation localisée d'une infection générale dont il a pu suivre pas à pas l'évolution et la symptomatologie. Ce nouveau chapitre de pathogénie déjà signalé par Kannemberg, M. Ch. Bouchard et M. Landouzy, de Paris, reste encore une nouveauté clinique qui n'a pas reçu la consécration générale. Il espère établir sur de nouveaux faits observés dans un centre ouvrier les caractéristiques qui doivent faire ranger cette affection dans un chapitre nouveau de pathologie.

L'amygdalite infectieuse semble ne se développer que dans un milieu préparé, fécondé d'avance et dans lequel toutes les sources de déchéance physique (misère, excès, surmenage, alcoolisme, circumfusa et ingesta) trouvent une large place. Aussi, bien que le microbe spécifique reste à trouver, l'origine infectieuse, cette affection ne saurait être douteuse et sa nature contagieuse déjà pressentie ne tardera probablement pas à être prouvée cliniquement. La caractéristique de l'évolution clinique est la suivante : un sujet généralement déchu par une cause débilitante n'importe laquelle, *porteur de grosses amygdales*, est pris brusquement, sans cause connue, au milieu d'une santé en apparence bonne, de frissons avec fièvre vive, courbature et souvent un lumbago insupportable. Il y a de l'anorexie, de la céphalalgie et une sensibilité excessive du pharynx avec rougeur et gonflement des amygdales et de la muqueuse buccale, *dans aucun produit herpétique ou diphthéritique*. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux, *l'urine contient de l'albumine et des bactéries*. Cette affection à début tapageur qui peut simuler l'invasion d'une maladie aiguë ou d'une fièvre éruptive semble se limiter et se cantonner dans un cycle en apparence étroit, mais n'est en réalité, autre chose qu'une infection de tout l'organisme qui ne relève que d'une façon posthume après un temps variable et après la disparition de tous les symptômes locaux et généraux et surtout de l'albumine.

L'idée principale qui doit présider au traitement dérive de ces notions nouvelles de pathogénie. Le traitement sera général et franchement antiparasitaire. C'est à la quinine et la résorcine que le Dr Dubousquet a donné la préférence et dont il a retiré les meilleurs avantages. On combattra la faiblesse par les toniques et l'albuminurie par le régime lacté. Un vomitif au début ou un purgatif est d'un précieux secours et comme traitement préventif on supprimera les amygdales hypertrophies (porte d'entrée de l'induction) par l'ignipuncture qui donne d'excellents résultats.

M. VERNEUIL cite un cas d'amygdalite infectieuse suivie de mort en 48 heures.

M. BOUCHARD prétend que c'est l'angine dite simple qu'on doit appeler infectieuse, et que d'ailleurs toutes les maladies dites simples sont infectieuses.

M. RECLUS indique la façon dont il convient de *traiter les abcès de la région ano-rectale*. Il faut, d'après lui, les traiter comme les fistules rectales et supprimer tout intermédiaire entre abcès et fistule. Tout abcès de la région anorectale, au point de vue du traitement, doit être considéré comme une fistule longue, externe, car il en est l'équivalent. On fendra donc le rectum en même temps qu'on ouvrira l'abcès. Sans cela, il y aura des récidives dans les cas de prétendue guérison des abcès traités par l'incision cutanée seule; une intervention nouvelle sera nécessaire et sera certainement plus grave. C'est Paget qui a préconisé cette méthode, recommandée d'ailleurs par Chassaignac et Verneuil. Les arguments invoqués pour retourner à la méthode de Poubert adoptée par Sabatier et Velpeau c'est-à-dire l'incision simple, n'ont pas de valeur. En effet, la

© BIU Santé

section du sphincter n'entraîne l'incontinence des matières fécales qu'au début, bientôt elle disparaît, l'hémorrhagie est de peu d'importance si l'on emploie le thermo-cautère, l'infection purulente est rare depuis l'emploi des antiseptiques : iodoforme et sublimé. La plupart des cas de guérison cités au profit de l'ancienne méthode sont des cas de guérison uniquement temporaire.

Séance du samedi 14 août (soir).

SECTION DE MÉDECINE. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. GOUGUEINHEIM présente un cas typique de *paralysie des dilatateurs de la glotte* ayant nécessité la trachéotomie. La malade succomba 15 mois après l'opération de tuberculose pulmonaire dont les premiers symptômes se montrèrent 7 à 8 mois après le début des accidents laryngiens. A l'autopsie, on trouve une adénopathie péri-trachéo bronchique, une altération du récurrent, mais, à l'examen histologique, *pas de lésion du muscle dilatateur*. M. Gouguenheim se demande si, dans ce cas, la cause des accidents doit être attribuée à une paralysie des muscles dilatateurs. Il croit plutôt à quelque chose d'analogue à un accès de spasme laryngien prolongé ou à une contracture, modifié par la continuité de la sténose, d'autant plus qu'à l'examen laryngoscopique la glotte a la même forme dans les cas de contracture et de paralysie.

L'auteur appuie ces conclusions sur les expériences de Hooper, en Amérique.

Séance du lundi 16 août (matin).

PRÉSIDENCE DE M. BERNHEIM (vice-président).

M. GOLDSCHMIDT (de Strasbourg), adresse au Congrès une lettre au sujet de la communication de M. Landowski sur le traitement de la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

M. HEYDENREICH compare la valeur de la *désarticulation du genou* et de l'*amputation de cuisse au tiers inférieur*, laissant de côté deux autres opérations pratiquées en Allemagne (l'une est la désarticulation du genou avec ablation des deux condyles, l'autre la suture de la rotule avec le fémur), et qu'il n'a jamais vu faire. La mortalité est à peu près semblable dans les deux cas ; encore l'avantage paraît-il rester à la désarticulation. Le moignon dans la désarticulation du genou est souvent mauvais : la peau est amincie, adhérente aux condyles, d'où ulcération facile. C'est là un reproche très grave. Mais, pour lui, on peut éviter cet accident, car il est *primitif* et non consécutif ; quand le moignon est d'abord bon, il reste bon. Ce qui cause le mauvais moignon, c'est la suppuration du cul-de-sac sous-tricipital, parce qu'alors la peau devient adhérente à l'os. S'il n'y a pas de suppuration, la peau reste mobile et la pression sur le genou n'est pas douloureuse. Deux conditions doivent être remplies pour obtenir ce résultat, car pour éviter la suppuration : 1° N'opérer que des sujets à articulation du genou absolument *saine* ; 2° avoir recours aux précautions antiseptiques ; on constate, en effet, que depuis l'emploi des antiseptiques, on a plus souvent de bons moignons. — M. Heydenreich a pratiqué récemment cette opération sur un jeune enfant de 3 ans et demi, tuberculeux, pour une ostéite de l'extrémité inférieure des os de la jambe, par la méthode préconisée par Farabœuf. Le résultat est superbe, ainsi qu'on peut le constater sur le moulage et sur l'enfant qu'il montre à la section.

M. VERNEUIL insiste sur la nécessité de tenir compte des conditions posées par M. Heydenreich, d'ailleurs c'est une opération qu'on aura rarement à pratiquer.

M. GRYNFELT présente un *bassin spondylizématique* ayant en même temps la déformation dite *rétrécissement oblique ocalaire de Nœgele*. Ces deux viciations sont dues à des lésions tuberculeuses de la colonne lombaire et de l'articulation sacro-iliaque gauche. Ce bassin très curieux est examiné avec attention par les membres présents.

M. A. OLLIVIER lit trois observations d'*hématémèse hystérique* chez des jeunes filles, et une chez un garçon, survenant en dehors des époques menstruelles. Il rapporte en outre deux cas intéressants d'*hématémèse simulée*. Une discussion assez longue s'engage au sujet de la difficulté du diagnostic avec l'ulcère rond. On fait remarquer, d'autre part, qu'il y a des hémorrhagies gastriques dans l'hémophilie et dans la chlorose et l'anémie.

M. BERNHEIN croit devoir rapprocher ces hématémèses hystériques des hémorrhagies suggestives : l'attention des hystériques étant appelée vers un organe, l'estomac dans le cas particulier, suffit à déterminer une congestion dans cet organe, d'un hémorrhagie.

M. HÉNOCQUE communique le résultat de ses recherches *hématoscopiques* et indique leur application à la physiologie et à la clinique.

M. VERNEUIL traite un point de physiologie, pathologie générale qui intéresse vivement l'assemblée : *De la douleur et de l'indolence dans les néoplasmes en général*. Broca, dans son traité des tumeurs, n'en parle pas ou à peine. On admet les propositions suivantes : tumeur bénigne, douleur peu intense et tumeur maligne, douleur vive, d'où on tire cette conclusion : dolence et indolence sont la mesure du pronostic. Eh bien, le cancer *au début* est loin d'être douloureux, ce qui fait méconnaître la maladie, induit en erreur au point de vue pronostic et thérapeutique. Tout néoplasme peut être dolent ou indolent; le même peut être alternativement l'un ou l'autre. Ce sont là des symptômes variables qui n'influent en rien le pronostic ni la nature de la tumeur. De plus, on peut dire l'indolence est la règle dans les tumeurs malignes, le contraire l'exception. Au début, les tumeurs extérieures sont toujours indolentes et cette période d'indolence est très remarquable : elle s'explique par ce fait que les tumeurs ne sont pas *sensibles* par elles-mêmes (en effet on n'y trouve pas de nerfs, recherche de Nepveu ; on sait qu'un cancer dénudé est insensible) ; elles ne le deviennent que quand elles imitent les nerfs voisins. L'indolence est une propriété intrinsèque au néoplasme, la douleur une propriété extrinsèque.

M. BERNHEIN ajoute que les cancers dits latents, de l'estomac en particulier, corroborent ces idées.

M. COUTURIER (d'Epinal), après avoir montré que l'*ophthalmie phlycténulaire* est la maladie qui cause le plus d'aveugles *dans les Vosges*, qu'elle est bien de nature scrofuleuse, ce qui explique sa fréquence dans ce pays misérable, indique ses rapports avec l'*iritis séreuse* pour élucider un peu l'étiologie de cette dernière affection. Pour lui l'iritis séreuse n'est pas toujours une manifestation de la syphilis héréditaire, mais au contraire une localisation de la scrofule : sur 17 cas d'iritis séreuse observés, dans 15 cas il a rencontré des traces d'ophthalmie phlycténulaire; dans 2 cas il a vu la coïncidence des deux affections. Il n'a retrouvé chez aucun de ses malades le signe d'Hutchinson et les avortements, symptômes qu'invoquent MM. Abadie et de Wecker, pour affirmer que l'affection dont il s'agit est bien due à la syphilis héréditaire.

M. BÉRILLON dit quelques mots sur la *dissociation dans l'état d'hypnotisme et à l'état de veille des phénomènes psycho-moteurs*.

Séance du lundi 16 août 1886 (soir)

PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. BÉRILLON communique une observation de *gangrène symétrique des extrémités*, dans le but de montrer seulement que cette affection peut être due à l'impaludisme ; M. Raymond, qui a si bien décrit les symptômes de cette variété de gangrène, parle à peine, en effet, de son étiologie, aujourd'hui encore mal connue.

M. BOUCHARD pense que l'impaludisme dans le cas cité est assez douteux ; il faut mettre un point d'interrogation sur cette étiologie.

M. VERNEUIL maintient son diagnostic, le traitement antipaludique ayant donné un résultat très net au point de vue de l'état général, ce fait lui semble une preuve très importante de ce qu'il a avancé.

M. LANCEREAUX fait quelques remarques sur les *pneumonies observées* pendant les deux dernières années ; voici les particularités qu'il croit devoir signaler à ce propos : 1° Les pneumonies furent anormalement fréquentes en 1886. En 2 mois, 23 cas dans son service (25 janvier à 25 mars) ; 2° Epidémique dans la salle d'hommes : 6 cas intérieurs (4 malades, 1 infirmier, 1 externe du service) ; 3° Irrégularités diverses dans les symptômes ; 4° Pneumococci dans les crachats ; 5° Anomalies dans l'évolution, mort avant ou après la période habituelle ; 6° Complications singulières : méningite, parotidite, endocardite végétante à pneumonocoques. Il conclut de ces faits qu'on

© BIU Santé

doit revenir à la conception ancienne de la fièvre pneumonique et considérer cette affection comme infectieuse. Une discussion un peu diffuse suit cette communication, plusieurs médecins rapportent ce qu'ils ont observé cet hiver à ce propos.

M. Bouchard croit qu'il s'agissait là de pneumonies ayant bien des analogies avec la pneumonie grippale. Il a été frappé cette année par la multiplicité des localisations anatomiques et l'irrégularité de cette maladie qui autrefois était considérée comme cyclique.

M. Petit (de Paris) montre l'*analogie du panaris osseux* et de *l'ostéomyélite infectieuse*. Un grand nombre d'observations dont beaucoup proviennent du service de M. Verneuil lui semble démontrer cette idée.

M. Hergot croit que le panaris osseux n'est pas toujours dû à une ostomyélite infectieuse.

M. Petit. — Dans tous les cas de panaris osseux en effet, il n'y pas ostéo-myélite infectieuse, mais cela serait quelquefois.

M. Verneuil appuie les conclusions de M. Petit.

M. Bouchard admet que tout panaris est une maladie infectieuse, si le panaris devient quelquefois une affection généralisée, l'on ne sait pas encore si c'est le microbe du panaris ou un autre qui est cause de l'infection totale de l'organisme. Souvent le panaris est une porte d'entrée d'une maladie infectieuse.

M. Koch dépose un mémoire dans lequel il fait l'exposé des affections dans lesquelles le laryngoscope peut donner des renseignements au point de vue du diagnostic. Il insiste sur les déterminations laryngées des affections cérébro-spinales, en particulier sur celles du cerveau antérieur.

M. Lardier résume quatre observations de *phlegmon suspectoral spontané chez des alcooliques*, s'accompagnant d'auto-infection. Il préconise la strychnine pour le traitement de l'alcoolisme.

M. Assaky rapporte une observation analogue.

M. de Nabout signale les inconvénients des plages du nord de la France au point de vue des bains de mer. Ces inconvénients sont la multiplicité des galets, la finesse du sable soulevé trop facilement par le vent et causant des ophtalmies, la forces des vagues. Sur les bords de la Méditerranée ces inconvénients sont moindres, le sable qui est posphydique est plus lourd et à peine soulevé par un mistral violent ; d'autre part les bains de mer peuvent y être donnés pendant l'hiver ; les enfants *scrofuleux* s'en trouvent très bien. Ces bains de mer ne doivent pas être préconisés pour les tuberculeux pulmonaires, méningitiques, et même pour les coxalgiques qui doivent être immobilisés absolument.

M. Maurel montre une collection de la plupart des stéthoscopes connus et redemande quel est le meilleur. Il divise les stéthoscopes en deux grandes catégories : les uns nous transmettent les bruits par les ondes solides (stéthoscopes solides) ; les autres par les ondes aériennes (stéthoscopes aériens). Pour aléger, pour bien ausculter et bien entendre les bruits, il faut ausculter les bruits aériens avec des stéthoscopes aériens et les bruits liquides et solides, avec les stéthoscopes solides. Le stéthoscope ordinaire est peut être le meilleur en ce sens qu'il peut servir aux deux espèces de bruit.

M. Maurel croit que les appareils à renforcement du son ne sont pas en général à recommander, parce que la difficulté de l'auscultation ne consiste pas à distinguer des bruits faibles, mais à dissocier des bruits très rapprochés. Les stéthoscopes bi-auriculaires remplissent mieux cette condition, parce qu'ils renforcent les bruits et ne les prolongent pas. Il montre enfin la commodité dans beaucoup de cas des stéthoscopes avec tubes en caoutchouc. Les instruments bi-auriculaires sont très utiles pour l'instruction des élèves.

M. Tyson signale l'existence d'une institution pour la *gymnastique médicale*, dite *suédoise*, employée dans l'établissement principal des bains à Baden (Friedrichsbad). On y trouve des machines destinées à faire faire des mouvements actifs aux bras, au tronc, à la jambe ; des machines pour des mouvements passifs ; enfin, des machines à mouvements pour massage, mouvements de laminoir, de martellement, à commotion, à petites secousses. Les commotions s'exécutent au moyen d'excentriques. Il y a des machines à masser le bras, la jambe, les muscles du dos, cette mécaniq u'est tellement complète qu'il y a des machines spéciales pour le massage des hémorrhoïdaires. Elles sont utilisées dans le traitement des maladies du cœur, de l'obésité, etc. Il existe une installation semblable à Hambourg, et il y en a eu une à Paris autrefois. Ces machines remplacent avantageusement les masseurs ; toute cette installation a été inventée par le Dr Zander, de Stockhom (1).

M. Hénocque pense que le massage à la main est préférable à plusieurs points de vue.

M. Lévy présente un *nouveau spéculum*. C'est un spéculum de Cusco dont une valve serait plate et très échancrée, de façon à pouvoir toucher le col, l'instrument appliqué. Cette combinaison des deux sens, vue et toucher, est assez commode. — La valve échancrée se place naturellement en bas. Elle permet de voir en même temps l'état de la fourchette.

Séance du mercredi 18 août 1886 (matin).

Présidence de M. Bouchard.

M. Liégeois (de Nancy), traite de l'*hypnotisme au point de vue médico-légal*. En quoi la loi est-elle intéressée par la question de l'hypnotisme. Elle l'est par l'automatisme cérébral et physique. L'automatisme cérébral est de première importance à ce sujet et le seul sur lequel il insiste. — Les sujets capables d'arriver au sommeil somnambulique sont seuls étudiés à ce point de vue par M. Liégeois. Il répète à ce propos quelques expériences de suggestion verbale.

M. Durot fait une communication sur les *changements de la personnalité* survenus chez un malade dont il a déjà parié au Congrès de notable. On a pu obtenir six personnalités bien distinctes chez ce malade, au point de vue de l'état physique et de l'état mental. On peut reproduire chacun de ses six états.

M. Liébaut pense qu'il est possible de *guérir par la suggestion hypnotique l'incontinence d'urine chez les enfants et même les adultes*. Il s'appuie sur un grand nombre d'observations.

M. Bernheim a observé aussi deux cas de guérison par le même procédé chez des malades analogues.

M. Bernheim veut prouver que l'*amaurose hystérique* n'existe pas, à proprement parler. L'hystérique amaurotique a un œil, un nerf optique qui fonctionne très bien, voit en réalité ; mais la malade croit qu'elle ne voit pas, s'imagine qu'elle ne voit pas.

C'est une *cécité psychique* et non physique. Cette cécité est localisée dans son imagination et non localisée dans sa rétine, dans le sens cortical de la vision.

C'est la *perte de la mémoire visuelle*.

Il en est de même de l'*achromatopsie hystérique*. Elle est aussi imaginaire. C'est une auto-suggestion ; elle se figure qu'elle voit d'une certaine façon avec un œil. — Il démontre d'une façon très ingénieuse ces deux assertions.

Discussion sur les différentes communications faites à propos de l'hypnotisme.

M. Bérillon cite quelques observations de dualisme cérébral faites à la Pitié dans le service de M. Dumontpallier.

M. Boucheron appuie l'opinion de M. Bernheim ; il croit la démonstration faite en ce qui regarde surtout l'achromatopsie hystérique.

M. Henrot prie M. Liégeois de faire une nouvelle expérience de suggestion verbale très curieuse et qui réussit pleinement.

M. Huchard, reprenant la communication qu'il a faite l'année dernière à Grenoble, insiste sur les bons résultats du traitement connu qu'il emploie contre l'angine de poitrine et cite de nouvelles observations. A côté du grand groupe des cardiopathies rhumatismales, il place les *cardiopathies artérielles* et croit qu'il faut leur accorder une grande importance pratique. Le diagnostic des cardiopathies artérielles doit être fait aussi d'une façon aussi précise que possible. Il est difficile, parce que le début de ces affections est latent, et que les accidents éclatent brusquement sous l'influence d'une cause occa-

(1) Nous arrivons nous-mêmes de Baden-Baden et nous avons été frappé aussi par cette curieuse installation. On peut consulter à ce sujet l'ouvrage du médecin dirigeant l'établissement : *Die anstalt für mecanische Heilgymnastik im Grosserherzol. Friedrichsbad in Baden-Baden von Dr F. Heiligenthal*, 1884 ; ou bien si l'on veut quelque chose de plus succinct : *Baden-Baden und seine Kurmittel*. Wild, Baden-Baden, 1886 (Marc B.).

© BIU Santé

sionnelle quelconque. — M. Huchard pense que ces lésions cardiaques au début peuvent disparaître sous l'influence du traitement des iodures. Soumettre pendant plusieurs années les malades à des doses de 1 à 3 grammes par jour d'iodure de sodium, avec des périodes assez longues de repos, voilà le traitement à employer. L'iodure de sodium n'a pas sur le rein les effets néfastes de l'iodure de potassium.

M. Bouchard fait remarquer que tous les médecins ont vu des améliorations sérieuses et durables, au point de vue des symptômes, dans les cardiopathies artérielles par l'emploi prolongé des iodures ; on sait que les anévrysmes de l'aorte même peuvent diminuer par ce même traitement.

M. Dagrève indique comment il *traite certaines formes de chlorose*.

M. Bernheim montre qu'il ne faut pas trop croire à l'influence de la thérapeutique dans quelques observations citées.

M. Hénocque (de Paris), expose les résultats qu'il a obtenus par sa *méthode d'hématoscopie*. Celle-ci basée sur l'emploi du spectroscope à vision directe comme moyen d'analyse du sang, comporte deux séries d'examen. Il détermine d'abord la *quantité d'oxyhémoglobine* contenu dans le sang, avec l'hématoscope rempli de quelques gouttes de sang par extrait d'une piqûre faite au doigt ; puis examinant directement avec le spectroscope, le sang à travers l'ongle du pouce et après avoir appliqué une ligature autour de la phalange, il détermine la *durée de la reduction de l'oxyhémoglobine* c'est-à-dire, le temps nécessaire pour que l'oxygène de la matière colorante du sang soit combiné avec les tissus, le sang étant devenu veineux. Il établit alors un rapport simple, entre ces deux facteurs, et l'évalue en *unités d'activité de réduction*. Cette unité représente la quantité d'oxyhémoglobine qui se réduit dans le pouce en l'espace d'une seconde. L'observation a montré que pour le sang contenant 14 0/0 d'oxyhémoglobine, la durée de réduction normale est de 70 secondes, il se réduit 0,2 0/0 d'oxyhémoglobine en une seconde et cette quantité est prise pour unité. M. Hénocque résumant les résultats d'observations prises sur 175 individus différents, démontre que suivant divers états inconstitutionnels ou dans l'état de maladie, l'*activité de réduction* peut être augmentée ou diminuée indépendamment des variations de la quantité d'oxyhémoglobine. Il en est de même pour l'action des médications locales ou générales dont il montre les effets sur l'activité de réduction à l'aide d'observations et de courbes,

Cette méthode qui permet de connaître l'activité de la consommation de l'oxygène par les tissus, ouvre une voie nouvelle dans l'étude de la nutrition et en particulier des échanges entre le sang et les éléments des tissus.

Sur la demande du Bureau, M. Hénocque a fait dans la journée la démonstration de ses procédés d'analyse et de la technique de ses appareils qu'il avait présentés à la section de physique. Nous noterons à côté de l'hématoscope clinique, et de l'hématospectroscope destiné à l'étudiant, un spectroscope à vision directe donble, formé de 2 spectroscopes réunis par une fente unique et permettant à deux personnes d'examiner ensemble et de se contrôler dans l'examen.

Section d'hygiène professionnelle et médecine publique.
Séance du 16 août 1886 (matin).

M. Deshayes. — *Du rôle des ptomaïnes dans les empoisonnements par les substances alimentaires,*

M. Henrot (de Reims) — *De la liberté individuelle dans ses rapports avec les maladies contagieuses.*

Discussion : MM. Poincaré, Lallement, Netter, Deshayes, Grosse et Girard.

M. Gosse (de Genève). — *De quelques exceptions en médecine légale.*

M. Carnot (ingénieur en chef). — *Principes à consulter dans le choix des terrains destinés à recevoir les eaux d'égouts des villes. — Applications à la ville de Paris.*

M. Girard (de Grenoble). — *De l'application du tout à l'égout à Grenoble.*

Discussion des deux dernières communications, MM. Faucher, Carnot, Chauveau, Trélat, Durand-Claye, Girard.

Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 août 1886. — Présidence de M. Emile Blanchard.

M. M. Mendelssohn poursuit ses *recherches sur le courant nerveux axial*, c'est-à-dire sur le courant qui résulte de la différence de potentiel électrique entre deux surfaces de sections transversales d'un nerf. La force électromotrice de ce courant croît avec la longueur du tronçon nerveux et avec le volume du nerf ; elle diminue avec la fatigue provoquée par une tétanisation prolongée et avec la dessiccation.

MM. Kiener et Engel étudient les *altérations d'ordre hématique produites par l'action du sulfure de carbone sur l'économie*. Dans les intoxications à doses massives, il ont constaté une altération du globule rouge consistant dans des changements de forme de nature amœboïde. La formation exubérante d'un pigment ferrugineux, jointe à l'altération morphologique de globule sanguin, semble autoriser, malgré l'absence d'hémoglobinurie et de méthémoglobinemie, à considérer le sulfure de carbone comme un agent attaquant la vitalité du globule rouge et précipitant son usure physiologique. Le pigment malarien, décrit par Schwalbe, a fait constamment défaut dans ces recherches.

MM. Cadéac et Malet ont déterminé *la résistance du virus morveux à l'action destructive des agents atmosphériques et de la chaleur*. Après complète dessication, la virulence est perdue dans les humeurs exposées à l'air : elle est rapidement detruite par un temps chaud et sec, lentement dans les temps froids et humides. La dessication complète respecte la virulence des humeurs morveuses quand elle est produite brusquement par une chaleur sèche, comme celle d'une étuve : c'est que le facteur important n'est pas la suppression de l'eau, mais l'action de l'oxygène de l'air. La bactérie morveuse résiste longtemps à la putréfaction : à la température ambiante, elle conserve longtemps son activité dans un milieu saturé d'humidité. Le jetage morveux déposé dans les abreuvoirs peut conserver sa virulence jusqu'à dix-huit jours; il est détruit à une température de 80°.

M. Rommier a reconnu que le *mauvais goût des eaux-de-vie de marc* provient du fait de certains ferments qui pullulent pendant les fermentations lorsque la levure ellipsoïdale se trouve en défaut et qu'il suffit d'ajouter de cette dernière pour paralyser leur action. Les marcs de vin blanc conservent encore une quantité importante de la matière aromatique, encore inconnue, qui fournit le bouquet des eaux-de-vie ; on l'en retirait en faisant fermenter ces marcs avec de l'eau sucrée. Ces eaux-de-vie, ainsi préparées, qui n'auraient pas été aromatisées artificiellement, ne seraient pas nuisibles à la santé publique.

MM. Heckel et Schladenhaufen signalent la présence de la *lécéthine dans les végétaux*.

Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 août. — Présidence de M. Sappey.

M. Costa donne lecture d'un travail sur l'assainissement de la côte orientale de la Corse, contrée autrefois salubre, aujourd'hui rendue déserte et inutile par l'envahissement de la malaria. Il serait temps d'arrêter l'envahissement de la malaria et de reprendre ce qui avait été fait dans ce sens par les anciens. Pour ce faire, il faudrait coloniser cette plaine, la défricher et la livrer à la culture, aussi bien que dessécher les marais. Si quelque entrave est apportée à cette entreprise par l'existence de la grande propriété, qui maintient ces terrains incultes et marécageux, l'Etat doit intervenir ; on pourrait alors appliquer la loi, qui a été imposée dans les Landes et qui a donné de si merveilleux résultats, et disposer de ces terrains en faveur de colons qui exécuteraient les travaux d'assainissement et deviendraient propriétaires du sol en le cultivant et l'améliorant.

M. de Brun fait une communication sur les différentes

© BIU Santé

maladies que l'on observe en Syrie. Parmi celles-ci, la malaria est la plus fréquente et présente des formes variées. Une fois entre autres, M. de Brun, dans un cas d'impaludisme aigu, s'est trouvé en présence de la forme dyspnéique. En moins d'une heure, les accidents dyspnéiques arrivent à leur maximum et le tableau rappelle celui du croup avancé ; après quatre ou cinq heures, une amélioration se produit le plus souvent. Dans cette forme, on voit l'œdème aigu et violent du larynx s'accompagner d'œdème pulmonaire ; tous ces accidents sont justiciables du sulfate de quinine.

Après la malaria, la maladie la plus fréquente est la syphilis ; ce sont surtout des accidents tertiaires que l'on observe et cela dans la population musulmane, qui cependant ne forme guère que le quart de la population de Beyrouth.

Fréquentes aussi sont les affections du tube digestif; elles sont dues à l'abus de l'alcool et principalement à l'arach, qui contient 36 à 38 0/0 d'alcool. Les parasites du tube digestif entrent aussi pour une large proportion dans le chiffre des maladies ; le remède le plus sûr semble être la noix de coco, que M. de Brun a employée avec succès dans plus d'une vingtaine de cas. A côté de ces maladies viennent se ranger une foule d'affections qui n'offrent rien de particulier, telles que l'ophtalmie granuleuse, la gravelle et les calculs vésicaux, et enfin les fibres éruptives, qui présentent, là comme ailleurs, leur physionomie classique et habituelle.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Proust sur les candidats à la place vacante de correspondant étranger, première division. La liste est ainsi dressée : *en première ligne*, M. Bateman (de Norwich) ; *en deuxième ligne*, M. Ossian Bonnet (de Rio-de-Janeiro) ; *en troisième ligne*, M. Crocq (de Bruxelles.)

A. Damalix.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Preseña del quinto ejercicio del instituto de terapeutica operatoria del hospital de la princesa. — Madrid, 1885. — Enrique Teodore, impr.

II. Du spasmodisme opposé à la convulsion. Le tribromure d'allyle ; par le Dr Armand de Fleury. — Bordeaux, 1886.

III. De l'administration continue de la thalline et son action dans le typhus abdominal ; par le prof. Erlich et le Docteur Laquez.

IV. De l'acétophénone (hypnone), par MM. A. Mairet et Combemale. — Montpellier, 1886.

I. Ce volume n'est autre chose qu'une sorte de compte rendu statistique et clinique des maladies chirurgicales traitées, ainsi que des opérations pratiquées au grand hôpital de Madrid. Chacun des chapitres qui composent cet ouvrage est rédigé par un professeur et comporte les matières d'une spécialité chirurgicale. C'est ainsi que nous y trouvons des observations intéressantes sur la gynécologie, les affections des os et des articulations, les maladies des voies génito-urinaires, la laryngologie et l'otologie, etc.

II. Pour M. A. de Fleury, le spasme reconnaîtrait pour origine une pertubation fonctionnelle de la motricité et de la miotilité ; mais son action porterait primitivement sur les nerfs de la vie organique et végétative, sur les muscles à fibres lisses, sur les fibres-cellules musculaires. L'état dit d'*hystérie* en réunit les formes et en exprime le type. Le spasme est essentiellement d'origine physiologique et non morbide, tandis que la convulsion est l'expansion d'un état pathologique.

Toutes ces assertions sont fort discutables, aussi ne nous y arrêterons-nous pas, voulant simplement, dans cette analyse, signaler l'élément thérapeutique qui se dégage du travail de M. de Fleury.

Pour ce médecin, le tribromure d'allyle serait le médicament par excellence à opposer au spasme sous toutes les formes, à l'insomnie essentielle ou symptomatique, à l'angine de poitrine, à l'asthme essentiel et surtout au phénomène *douleur* partout où il prédomine.

Le tribromure d'allyle, étudié par Wurtz, est obtenu par l'action de l'iodure d'allyle sur une fois et demie son poids de brôme. C'est un liquide neutre, incolore, très soluble dans l'éther. Des grenouilles chez lesquelles on injecte 10 cent. de tribromure d'allyle sont immédiatement sidérées.

Dans la thérapeutique humaine, l'auteur emploie le tribromure d'allyle à la dose de 3 ou 4 gouttes incorporées soit à de l'éther sulfurique administré en injection sous-cutanée, soit dans des capsulines ingérées par la voie stomacale. Il aurait aussi, à l'aide de trois gouttes injectées dans un bras atteint de contracture hystérique, vu la résolution survenir au bout de 20 minutes. Un grand nombre d'attaques d'hystérie auraient cédé rapidement à des piqûres de tribromure d'allyle.

III. Dans cette petite brochure, les auteurs rapportent les résultats de leurs observations sur le traitement de la fièvre typhoïde par le tartrate de thalline. Dans cette méthode, la première chose à faire est de déterminer par des essais préliminaires systématiques la réaction personnelle du sujet à la thalline : ce n'est qu'en agissant ainsi que l'on peut obtenir des résultats avantageux pour le patient, une dose trop faible étant sans action, et une dose trop forte entraînant de sérieux inconvénients.

Quelle est la dose active dans un cas particulier ? C'est celle qui amène, au commencement du traitement, et par absorption continue, un abaissement notable, mais non exagéré, de la température ; à peu près de cette façon, qu'elle abaisse pendant quelques heures, dans une fièvre continue la température de 39°,5 à 38°, 38°5.

Pour déterminer cette dose minima à administrer par heure, on commence de préférence avec une dose de 0,04—0,06 par heure, et on augmente la dose graduellement et par centigrammes dans des intervalles de 2 à 3 heures en consultant le thermomètre, jusqu'à ce que cette action sur la température initiale se laisse nettement constater.

On reconnaît facilement si un cas est spécialement réfractaire à la thalline, à l'absence de toute réaction (variation de température, sueur, etc.) et on peut alors sans hésiter augmenter les doses de 2 à 3 cent. pour abréger la période d'essai. Si l'on a déterminé de cette façon les quantités nécessaires, il est préférable de les donner en pilules, pendant le jour toutes les heures, et de deux en deux heures la nuit.

Puisque nous parlons de la *thalline*, signalons deux publications sur ce médicament, l'une de M. Marigliano, de Gênes, l'autre du Dr Desplats, de Lille ; ces deux médecins préconisent la thalline comme le plus puissant antipyrétique connu. Nous avons déjà eu l'occasion (voir *Année médicale* 1886) de parler de cet agent antithermique et des dangers de son administration.

IV. Ce travail, extrait du *Montpellier médical*, contient l'histoire physiologique et thérapeutique de l'*hypnone*. Il faut y joindre les recherches personnelles de MM. Mairet et Combemale sur ce médicament hypnogène. L'hypnone, ou acétophénone, résulte de la réaction du lait de chaux sur l'acide acétique cristallisable et l'acide benzoïque mélangés (Friedel) et a été étudiée en France par MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet, Laborde, Huchard, Constantin Paul, etc.

L'action physiologique et toxique de cette substance est la suivante, telle qu'elle résulte des expériences de MM. Mairet et Combemale. Au-dessous de 0 gr. 40 par kilogramme de poids de l'animal, l'action porte principalement sur le système musculaire ; l'animal est affaissé, engourdi, il a besoin de repos ; les excitations sont senties, perçues, mais ne donnent pas lieu aux réactions ordinaires, à la fuite, à la défense, et encore moins à la menace ; on ne constate pas de sommeil. — Au-dessus de 0 gr. 40 et au-dessous de 0 gr. 80 pour le chat et de 0 gr. 90 pour le lapin et le cobaye on note une parésie du train postérieur pouvant atteindre légèrement les membres supérieurs, et

© BIU Santé

pouvant s'accompagner de quelques secousses des muscles du cou et de la face ; affaissement, état de somnolence avec réveil des sens ; respiration accélérée ; un peu de hoquet quelquefois ; urine abondante. Les phénomènes s'atténuent progressivement mais peuvent durer plusieurs jours, pendant lesquels l'animal maigrit. — Au-dessus de 0,90 les phénomènes qui précèdent s'aggravent et la mort peut survenir. On note une paralysie complète avec résolution ; il peut se produire quelques mouvements convulsifs isolés et même une raideur tétanique qui annoncent la fin prochaine. Les pupilles se dilatent de plus en plus. Un état comateux fait place à la somnolence.

L'hypnone, administrée à un chien pendant plusieurs jours de suite à une dose faible et non toxique (0,90 cent.) a produit un amaigrissement rapide, et une diminution progressive de l'hémoglobine qui est tombée de 11,35 0/0 à 8,25 0/0.

Administrée chez quatre hommes sains, à la dose de 0,10 à 0,60, cet agent a donné lieu aux phénomènes suivants. Du côté du tube digestif, éructation, salivation acide, goût d'acétophénone dans la bouche. Du côté de l'appareil urinaire, besoin rapide d'uriner, miction claire et abondante. Appareil circulatoire : ampleur plus grande du pouls et augmentation de la tension vasculaire ; plus tard, diminution de cette tension. Aucun effet hypnotique.

Dans le domaine thérapeutique, MM. Mairet et Combemale ont recherché les effets de l'hypnone chez l'aliéné atteint d'insomnie. Sur 22 malades présentant diverses formes d'aliénation mentale, ces observateurs n'ont enregistré que deux succès plus ou moins nets, ce qui démontre que cette substance ne produit chez les aliénés aucun effet hypnotique.

F. Bottey.

CORRESPONDANCE

Lettres d'Autriche.

Vienne, 6 août 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous avais promis dans ma dernière lettre de vous reparler du célèbre syphilographe de Vienne, M. Henri Auspitz, qui avait récemment succombé à une maladie du cœur et de vous donner aussi quelques renseignements sur sa carrière scientifique. M. H. Auspitz naquit le 3 septembre 1835, à Nikolsburg et fit ses études médicales depuis 1853 jusqu'à 1858 ; après avoir obtenu le grade de docteur, il entra comme médecin interne sous la direction de Haller, Fürk, Sigmund et Hebra ; en 1865 il fut nommé docent de syphilographie et de dermatologie et en 1875, professeur extraordinaire des mêmes branches médicales. Après la mort de Zeissl, en 1884, Auspitz avait été nommé « Primarins » (chef de clinique, directeur de clinique), de la seconde clinique pour les maladies syphilitiques à l'Hôpital général, remplissant ainsi la place devenue vacante par le décès de Zeissl. Avant d'avoir obtenu cette place, il faisait depuis longtemps ses cours à la « Policlinique » dont il avait été aussi le directeur.

Auspitz, digne élève de son grand maître Hebra, s'était acquis de grands et vastes mérites par ses travaux scientifiques dans la syphilographie et dans la dermatologie. Parmi ses plus importants travaux il faut nommer : « *La doctrine du contagium syphilitique et sa démonstration réelle* » qui parut en 1866 et son « *Traité des maladies cutanées* » qui parut en 1881. Il publia en outre un grand nombre de travaux et d'articles scientifiques tels que : « *Contribution à l'anatomie pathologique de la variole* » 1863, et *Etude sur l'infiltration des cellules du derme dans les cas de syphilis; lupus et scrofulose en* 1864. Ses articles parurent en grande partie, dans la « *Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphilis* » journal fondé par Auspitz et Pick en 1869.

On peut encore mentionner : « *Sur l'excision de la sclérose syphilitique primaire* », en 1877 ; « *Sur le lupus syphilitique et scrofuleux,* » en 1878 et beaucoup d'autres. Auspitz faisait partie d'un grand nombre de sociétés savantes et avait reçu de nombreuses distinctions en récompense de ses mérites scientifiques. Il était membre de la Société médicale império-royale de Vienne, du « *Medizinischer Doctoren-Collegium* » de la même ville, puis membre de la « *Kaiserlich Leopoldinisch-Carolinische deutsche Akademie der Wissenschaften* », membre correspondant de la Société de médecine publique de Paris et de la Société dermatologique de New-York.

Ses recherches sur l'*inoculation du virus rabique* d'après la méthode Pasteur sont à l'ordre du jour. Le profr v. Frisch et le Dr Ullmann qui avaient tous les deux fait un séjour dans le laboratoire du grand savant de Paris pour étudier ses méthodes des inoculations antirabiques, s'en occupent avec une grande ardeur et beaucoup de zèle. M. Frisch avait déjà répété, il y a quelque temps, après son retour de Paris, une communication à la Société médicale império-royale de Vienne des expériences faites dans le laboratoire de M. Pasteur, et dans une récente séance de la même Société, MM. Frisch et Ullmann firent des communications relatives aux inoculations en question.

M. Frisch présente à la Société trois lapins qu'il avait inoculés avec des parties de moelle épinière prises sur des animaux enragés. Dans le grand nombre d'inoculations antirabiques sur des lapins qu'il avait toujours pratiquées d'après la méthode de Pasteur, il observa les mêmes symptômes. De onze à quinze jours après la trépanation et l'injection du virus rabique, les animaux restaient tout à fait intacts, après ils cessaient de manger, se tournaient sur le côté et présentaient les apparences d'une paralysie générale. Quand on les touchait, ils le sentaient immédiatement et étaient saisis de convulsions et de contractures ; quatre ou cinq jours plus tard ils succombaient.

A l'autopsie M. Frisch ne remarque jamais d'abcès dans le cerveau, la plaie cérébrale guérit sans aucune réaction. En terminant il dit qu'il avait reçu de M. Pasteur un lapin qui avait été inoculé avec le virus fixe et qu'il allait commencer ses recherches sur l'atténuation du virus. M. Ullmann fit remarquer dans la même séance que pour paralyser la supposition que la rage pourrait être produite par les inoculations en question, lui et quatre autres médecins s'étaient vaccinés avec le virus rabique (pris sur des chiens enragés) sans aucun accident notable, quoique aucun d'eux n'eut été mordu par un animal enragé. Les injections ne lui causaient pas de douleurs : les premiers deux jours après la vaccination il se sentait un peu plus faible qu'ordinairement, et à partir de la sixième inoculation il remarqua sur lui une petite infiltration et sentit de fortes démangeaisons. A la fin de sa communication M. Ullmann dit qu'il avait apporté du laboratoire de M. Pasteur un lapin qui avait été inoculé avec le virus rabique (du 119me passage) et qu'il commencerait ses inoculations antirabiques avec le consentement de M. Pasteur, aussi sur des hommes qui seraient mordus par des chiens enragés dans la clinique du Prof. Albert. Il espère nous tenir au courant des résultats des recherches qui vont encore être faites par ces deux Messieurs.

M. Breisky (de Prague) a été appelé à Vienne pour remplir la place de professeur de gynécologie à la seconde clinique qui était devenue vacante par la retraite de M. Spaeth. M. Breisky va commencer ses cours à Vienne dès l'hiver prochain.

Veuillez agréer, etc. Leibowitz.

BIBLIOGRAPHIE

De la voix, par Baratoux, Kahn et Landier, Paris, 1886.

La *Société française d'hygiène* vient d'enrichir sa collection d'un nouveau traité populaire sur la voix. Cette brochure est extraite d'une conférence faite par le Dr Baratoux à l'association philotechnique. — Elle renferme une étude complète et concise des organes qui concourent à la formation de la voix. Voici du reste le résumé des différents sujets qui y sont traités. Elément *moteur*. Poumon, trachée et thorax, respiration et ses divers modes. Respiration abdominale, claviculaire et latérale. Elément *vibrant*. Opinions anciennes sur la formation de la voix ; théorie actuelle. Larynx ; production du son ; glotte et ses mouvements. Registres : étendue de l'échelle musicale ; des diverses voix. Conditions que modifient la voix. *Timbre*. Hamvorsiques, résonnateurs : ventricules du larynx, pharynx bouche et nez : Dispositions variables de ces cavités. Hygiène vocale, conseils hygiéniques et maladies de l'organe

© BIU Santé

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale des infirmières de la Salpêtrière.

Jeudi, 12 courant, a eu lieu, dans l'amphithéâtre de la Salpêtrière, la distribution des prix aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmières de cet établissement, et la remise des diplômes aux élèves des trois écoles de la Pitié, de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Grâce à l'obligeance de M. Alphand, qui avait mis les serres du jardin de la ville de Paris à la disposition du directeur, l'entrée réservée aux invités, ainsi que l'estrade officielle, étaient garnies de fleurs et de plantes rares du plus charmant effet.

M. le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique, présidait; il était assisté de MM. le Dr Bourneville, député de la Seine, directeur des écoles municipales d'infirmières; le Dr A. Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance, Goupy et Dubrisay, membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique; le Dr Thullé, membre de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés.

Nous avons remarqué dans l'assistance, des plus nombreuses, Mme et Mlle Peyron, Mme Gross, chevalier de la Légion d'honneur, MM. le Dr Delasiauve, ancien médecin de la Salpêtrière; Dr Bouchereau, médecin de Sainte-Anne; Dr Taule, directeur de Sainte-Anne; Dr Quesneville, pharmacien en chef de Sainte-Anne; Barroux, directeur de l'asile de Villejuif; Girard, Lebas, Ventujol, directeurs de la Pitié, la Salpêtrière et Bicêtre, etc., etc.

M. le Dr Peyron a ouvert la séance et prononcé le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

J'ai signé hier 70 diplômes. Si je cite ce chiffre, ce n'est pas pour me plaindre des nombreuses signatures que j'ai données. Cette besogne m'a été agréable, et si je ne me servais de ma plume qu'en de semblables occasions, elle me paraîtrait toujours légère. Si je cite ce chiffre, c'est qu'il est éloquent, qu'il proclame quels ont été l'an dernier votre travail, vos efforts, et combien le succès y a répondu et les a couronnés. Mais toute peine mérite salaire, et vous me permettrez, ayant écrit beaucoup hier, de parler peu aujourd'hui.

D'ailleurs, l'intérêt que je vous porte est assez sincère, assez profond, pour qu'en plus d'une circonstance il vous ait apparu; et je suis sûr que vous avez considéré comme une marque de cet intérêt toutes les mesures, même celles dont l'application a pu être gênante pour vous, toutes les mesures que j'ai prises pour assurer la fréquentation des cours, pour permettre à celles d'entre vous qui désirent s'instruire, un accès plus facile dans nos hôpitaux-écoles, ces mesures que j'ai prises pour que, sans compromettre les services, vous puissiez acquérir une instruction complète par un passage successif dans les différents services de vos hôpitaux.

Et, de même, la reconnaissance que je porte à tous ceux qui donnent leur concours à nos écoles, au Dr Bourneville leur directeur, qui les a créées, et qui met à les soutenir, à les développer son infatigable activité, aux collaborateurs qu'il a groupés autour de lui, et qui nous consacrent leur temps, leur peine, leur science, cette reconnaissance est trop apparente pour la proclamer à nouveau, et, dans ce sentiment, j'associe M. Ventujol, M. Girard, et mon vieil ami M. Le Bas, directeurs de nos hôpitaux-écoles, qui ont tenu une main ferme à l'exécution des mesures dont je parlais tout à l'heure et dont l'application est d'une nécessité absolue. D'autres collaborateurs encore nous prêtent leur concours; je ne puis les citer tous, mais je résume mes sentiments à leur égard dans un nom synonyme d'abnégation et de dévouement, le nom aimé et respecté de Mlle Nicolle.

L'année dernière a été bonne pour nos écoles. C'est pour moi un plaisir extrême de constater que dans ces diplômes que j'ai signés, un grand nombre ont été accordés à des élèves, qui, ne faisant pas partie de nos établissements-écoles, sont obligées de venir soit d'Ivry, soit des Enfants-Assistés, chercher cette instruction dont elles ont aujourd'hui la récompense. Les infirmiers de Bicêtre peuvent aussi revendiquer leur part de succès.

Grâce aux libéralités du Conseil municipal, une nouvelle institution que je réclamais depuis longtemps a commencé à fonctionner. Des bourses ont été créées, en nombre assez restreint, pour que vous n'ayez pas à craindre pour votre avancement, en nombre assez considérable pour que vous y trouviez un motif d'émulation légitime.

Elles constituent, j'en conviens, pour celles à qui elles sont attribuées une situation exceptionnelle, aussi leur attribution devra toujours être justifiée par des titres exceptionnels.

L'an dernier, l'hôpital Cochin et l'hospice des Enfants-Assistés ont été transformés, et j'ai le droit de dire que cette transformation s'est faite de façon à désarmer la critique des juges les plus prévenus.

Une heureuse conséquence de la transformation de l'hospice des Enfants-Assistés a été l'ouverture d'un cours d'instruction primaire à l'usage des infirmières. Bien que le cours ne fût pas obligatoire, toutes les infirmières, ou presque toutes se sont fait un devoir de profiter de cette instruction mise à leur portée.

De nouvelles transformations me permettront bientôt de récompenser, comme ils le méritent, vos travaux et votre zèle. Je suis sûr que ces transformations se feront dans les mêmes conditions que les précédentes, et que je trouverai parmi celles qui seront appelées au devoir et à la peine, le même zèle que chez leurs devancières.

J'ai promis d'être court; je veux me tenir parole; mais pour observer la tradition constante des distributions de prix, je ne veux pas terminer sans vous donner un conseil. Tant de qualités si diverses sont nécessaires à vos délicates fonctions que je n'ai que l'embarras du choix.

Je pourrais vous recommander l'égalité d'humeur vis-à-vis de vos compagnes, l'obéissance à vos chefs de service, et cette qualité sans laquelle il n'y a pas de véritable infirmière : la bonté en tout temps, la bonté constante à l'égard des malades.

Mais vous savez toutes que ces qualités vous sont nécessaires, et je veux vous donner un conseil d'un ordre plus simple, mais d'une pratique profitable :

Méfiez-vous des recommandations et n'y attachez pas la valeur qu'un faux préjugé leur donne. Retenez bien ceci : c'est que toujours la meilleure recommandation sera votre travail, votre zèle, votre dévouement et votre bonne conduite. N'oubliez pas qu'une bonne composition aura toujours plus de valeur à mes yeux qu'une supplique chargée de nombreuses apostilles. Recommandez-vous par vous-mêmes, et fiez-vous à ma bienveillance et à mon équité.

Après ce discours très applaudi, M. le Dr Bourneville prend la parole et s'exprime ainsi :

Mesdames, Messieurs,

De même que l'an dernier, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a voulu joindre à la distribution des prix de l'Ecole de la Salpêtrière, la délivrance des diplômes aux élèves des trois Ecoles municipales d'infirmières. Cette circonstance m'amène naturellement à jeter un coup d'œil d'ensemble sur le fonctionnement de ces Ecoles, sur les résultats qu'elles ont donnés et ceux sur lesquels, sans être optimiste, on en doit légitimement attendre dans l'avenir.

Nous aurons l'occasion, lors de la distribution des prix à Bicêtre et à la Pitié, de relever ce qui est spécial à chacune de ces écoles et, pour ce qui concerne les remarques que nous aurions à présenter sur certaines parties du fonctionnement de l'école de la Salpêtrière, nous nous réservons de le faire à la reprise des cours. Ceci dit, revenons aux questions générales.

C'est en 1876 que l'idée de la création de ces Ecoles professionnelles a été soulevée; mais ce n'est qu'en 1878 que ces écoles ont été ouvertes : celle-ci le 1er avril, celle de Bicêtre le 20 mai et, enfin, l'école de perfectionnement de la Pitié le 24 mai 1881.

Nous ne reviendrons pas sur les causes qui ont fait choisir pour l'installation de ces Ecoles Bicêtre, la Salpêtrière et la Pitié; nous nous contenterons de rappeler sommairement les motifs qui nous ont amené à réclamer du Conseil municipal leur organisation.

Il en est des questions administratives comme des questions scientifiques. Pour les connaître, il faut étudier, observer. Eh

© BIU Santé

bien, c'est de l'étude attentive et quotidienne des faits dont nous avions été témoin durant nos études qu'est née l'idée de la réforme à laquelle nous nous sommes attaché depuis dix ans. Notre observation a porté non seulement sur le personnel d'établissements laïques tels que Bicêtre et la Salpêtrière, mais aussi sur le personnel d'établissements confiés à des religieuses de divers ordres : Lourcine, Enfants-Malades, Saint-Antoine, Cochin, Saint-Louis et la Pitié. Si nous insistons sur ces détails, c'est pour répondre, en passant, à un auteur fantaisiste, votre adversaire le plus acharné et le plus injuste, qui ose encore écrire — malgré nos rectifications — que nous n'avons nulle compétence pour apprécier les qualités et les défauts des religieuses.

De cette observation minutieuse et prolongée de 1860 à 1871, il est résulté, pour nous, que le recrutement des infirmières et surtout des infirmiers était des plus défectueux ; qu'on acceptait les premières personnes venues, sans se préoccuper le moins du monde de leurs antécédents, et dans de nombreux articles nous avons montré les graves inconvénients qu'une semblable pratique avait pour les malades.

D'autre part, nous avons remarqué l'ignorance des sœurs, agissant par une sorte de routine, incapables de s'améliorer en raison de la haine du livre que leur inspire les prêtres et les moines qui les dirigent. Nous avons été témoin de leur désobéissance permanente aux prescriptions des médecins, aux ordres de l'Administration ; nous avons été témoin des luttes que devaient soutenir les chefs de service pour obtenir le déplacement d'une sœur ignorante et insubordonnée. Nous avons noté leurs fréquentes absences des salles, leur incapacité de fournir des renseignements précis sur les malades, leurs actes incessants de prosélytisme religieux..... sans compter d'autres défaillances communes à toutes les femmes.

Tous ces faits nous démontraient la nécessité d'une réforme radicale. C'est alors que nous avons recherché ce qui se faisait à l'étranger. Et nous avons appris qu'en Angleterre, en Suisse, en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis, des médecins, et des plus illustres, avaient créé des écoles d'infirmières afin d'avoir des auxiliaires très au courant de leur profession, capables de seconder utilement le médecin et le chirurgien et d'obéir ponctuellement à toutes leurs prescriptions.

De là est venue naturellement l'idée de créer des *Ecoles d'infirmières*, d'y appeler les infirmières en exercice, de faire appel aux personnes de bonne volonté, de relever en un mot le niveau intellectuel et moral des personnes attachées directement aux malades. Il était bien évident que s'il était possible de perfectionner la partie laïque de ce personnel la partie religieuse, les sœurs, ne reconnaîtrait jamais la nécessité de s'instruire. Des infirmières instruites, subordonnées en face de religieuses ignorantes, c'était une situation impossible. C'est pour cela, et aussi parce qu'il était juste de récompenser les femmes qui n'hésitaient pas après une journée de pénible labeur consacrée à donner aux malades des soins immédiats,—les plus répugnants — ce que ne font pas les sœurs, qui n'hésitaient pas, disons-nous, à venir s'instruire à l'Ecole primaire, aux cours professionnels, que nous avons soutenu et fait prévaloir au Conseil municipal la nécessité de la laïcisation. En le faisant d'ailleurs, nous l'avons toujours déclaré hautement, nous voulions enlever à des adversaires irréconciliables, les moyens d'agir contre la liberté de conscience et contre la République.

Comment parvenir au but que nous poursuivions, c'est-à-dire fournir aux malades des soins dévoués et éclairés, aux médecins des auxiliaires instruites, intelligentes, prêtes à ne jamais marchander leur concours ? Nous avons pensé qu'il fallait pour cela améliorer la situation matérielle, morale et intellectuelle des infirmières et des infirmiers, et les entourer de la considération dont doivent jouir à bon droit des personnes qui se dévouent à une tâche si pénible, si délicate et souvent si répugnante.

En même temps que nous organisions les Ecoles, nous avons réclamé du Conseil municipal une allocation supplémentaire pour les reposants et les reposantes, c'est-à-dire les anciens infirmiers et les anciennes infirmières, admises au repos ; — nous avons fait porter le traitement d'entrée des infirmières et des infirmiers de 17 francs à 25 francs, déclarant même que ce chiffre était insuffisant et qu'il faudrait dans un avenir prochain, porter ce minimum à 30 francs ; — nous avons réclamé une nourriture moins mauvaise, plus variée, des logements moins insalubres et nous avons fait prévaloir l'idée de donner aux infirmières des chambres séparées au lieu des dortoirs communs (1). Toutes ces améliorations ont naturellement entraîné des dépenses, on les met sur le compte de la laïcisation, mais lors même que cette réforme n'aurait pas été entreprise, ces améliorations et bien d'autres hélas! ne s'en imposaient pas et ne s'en imposent pas moins d'une manière pressante. Aucune personnes sensée, qui examinera la situation avec équité, ne trouvera rien à reprendre dans toutes ces réformes.

Quant aux Ecoles, nous rappellerons qu'elles comprennent : 1° l'*enseignement primaire*; 2° l'*enseignement professionnel*, contrairement à ce qui existe dans la plupart des Ecoles de l'étranger, nous avons dû en raison de l'insuffisance de l'instruction primaire du personnel, organiser des écoles primaires à Bicêtre et à la Salpêtrière : Mlle Nicolle et ses collaboratrices Mmes Florenza, Auvray, Coutel, ici ; — M. Boutillier à Bicêtre, nous ont secondé avec un zèle, une activité et un dévouement que nous ne saurions trop signaler à l'attention de l'Administration et de tout le monde. Grâce à eux, un nombre respectable d'infirmières et d'infirmiers absolument illettrés possèdent aujourd'hui une instruction convenable ; d'autres, en très grand nombre, ont notablement perfectionné leur instruction primaire.

Cette partie de notre tâche et de la tâche de nos collaborateurs ira, nous l'espérons, en diminuant grâce à la loi républicaine qui impose à tous les citoyens l'obligation d'envoyer leurs enfants à l'école. Bientôt, il ne sera plus possible, le voulût-on, de trouver des recrues tout à fait illettrées. Nous avons eu la démonstration dans ces faits que, déjà, un certain nombre de nos élèves, ont leur certificat d'études primaires, que quelques-unes même, ont leur brevet d'institutrice. Donc, dans quelques années, notre institutrice et notre instituteur auront, non plus à apprendre les premiers éléments de l'instruction primaire, mais seulement à perfectionner l'instruction de nos élèves.

Quant à l'*enseignement professionnel*, on se souvient qu'il est divisé en deux parties : l'*enseignement théorique* et l'*enseignement pratique*. Le premier comprend : 1° et 2° des notions élémentaires d'*anatomie* et de *physiologie* ; — 3° Un cours d'*administration* et *de comptabilité hospitalières* ; — 4° Un cours de *pansements* et de *petite chirurgie* ; — 5° Un cours d'*hygiène* ; — 6° Un cours sur les *soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés* ; — enfin 7° un cours de *petite pharmacie*.

L'enseignement pratique comporte des exercices qui ont lieu à l'infirmerie générale pour Bicêtre et la Salpêtrière, dans l'une des salles de médecine, et dans l'une des salles de chirurgie pour la Pitié.

Nous passerons sous silence les perfectionnements successifs qui ont été apportés dans l'organisation de l'enseignement professionnel depuis la fondation de ces Ecoles et nous ne parlerons que de l'innovation introduite cette année.

Sur nos indications et sur celles de M. Peyron, notre ami le Dr G. Robinet, qui s'intéresse si activement à toutes les questions relatives à l'Assistance publique a proposé au Conseil municipal de créer 20 bourses d'infirmières afin de permettre à des femmes de la ville d'apprendre le métier d'infirmières, et quand elles auront leur diplôme, de pouvoir devenir suppléantes puis sous-surveillantes. Le Conseil comprenant qu'il avait là un nouveau moyen d'avoir plus promptement tout le personnel nécessaire pour terminer la laïcisation à courte échéance et doter les hôpitaux d'un bon personnel, s'est empressé d'adopter cette proposition.

Pour que cette innovation porte tous les fruits qu'on est en droit d'en espérer, il est indispensable que toutes les boursières passent à tour de rôle dans tous les services de la Salpêtrière, de Bicêtre, de la Pitié ; il faut qu'on leur fasse exécuter toutes les besognes que l'on fait faire aux infirmières

(1) Pavillon Moiana, hôpital des Enfants malades, nouvelle section de Bicêtre.

© BIU Santé

internes; et pour rendre complète leur instruction professionnelle nous comptons sur la bonne volonté et sur le dévouement à la cause commune de toutes les surveillantes et sous-surveillantes des hôpitaux-écoles. Elles ont là une excellente occasion de témoigner leur reconnaissance au Conseil municipal, à l'Administration et à tous ceux qui ont contribué à l'amélioration de leur sort.

Enfin nous indiquerons en passant la nécessité de faire passer les boursières de la Salpêtrière à la Pitié. Ce sera là un pas dans la voie de l'organisation de l'Ecole de la Pitié comme école de perfectionnement.

Cet enseignement devait avoir une consécration. Dès 1879, nous avons signalé à l'administration l'utilité qu'il y aurait de constater par la délivrance de certificats ou de diplômes, les efforts faits par les élèves, et d'accorder de l'avancement au fur et à mesure des vacances ou des laïcisations, aux élèves diplomées. Ce n'est qu'après des instances réitérées, en 1882 que nous avons eu gain de cause. Nous avons fixé avec vos maîtres et avec l'Administration les conditions auxquelles ces diplômes seraient accordés. Ces conditions peuvent se résumer ainsi : Assiduité aux cours, participation à toutes les compositions, obtention d'un nombre de points minimum pour chacune des branches de l'enseignement; ce chiffre a été établi, par vos maîtres et l'Administration, de la façon suivante :

	Maximum	*Minimum*
Anatomie.	20	10
Physiologie.	20	10
Administration.	20	15
Pansements.	25	15
Soins à donner aux femmes en couches.	20	15
Hygiène	20	15
Petite Pharmacie.	20	15
Examens pratiques	30	20
Totaux. . .	175	115

C'est parce que quelques-unes de nos bonnes élèves — et il y en a aussi quelques-uns parmi les infirmiers de Bicêtre — ont omis de composer pour l'une des branches de l'enseignement que vos maîtres et nous, nous sommes trouvés dans l'impossibilité de leur délivrer le diplôme, bien que pour toutes les autres branches de l'enseignement elles aient eu un nombre de points égal ou supérieur au minimum : Telles sont Mlle Colbe et Mlle Charbonnier à la Pitié; Mlle Maillard et Mlle Vildé à la Salpêtrière; c'est parce que d'autres, en assez grand nombre, tout en ayant fait toutes les compositions n'ont pas eu pour l'une d'elles, le minimum fixé qu'il ne nous a pas été possible non plus, de donner le diplôme.

Pour les prix, ce sont les seules compositions dites des prix qui comptent; pour les diplômes, non seulement il est tenu compte de toutes les compositions de l'année, mais encore de celles de l'année précédente.

N'oubliez pas ces renseignements, car ils ont pour vous une réelle importance que je vais faire ressortir par quelques exemples : Mlle Colbe, sous-surveillante de la Pitié, dont je vous parlais, a plus que le minimum pour toutes les compositions, mais elle n'a pas fait la composition de pansements. L'an prochain, elle peut concentrer tous ses efforts sur cette partie de l'enseignement, faire les compositions y ayant trait, et si elle a, comme nous n'en doutons pas, le nombre de points voulu, elle obtiendra la récompense qu'elle aura d'autant plus méritée que c'est la maladie seule qui l'a empêchée, deux ans de suite, de faire cette composition. — La situation est la même pour les deux élèves de la Salpêtrière, Mlle Maillard et Mme Vildé : à toutes les deux il ne manque que les points de la composition sur les soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés. Encore un effort, elles le feront, nous n'en doutons pas, et elles aussi auront bientôt leur diplôme.

Comme on l'a vu par les chiffres que nous avons cités tout à l'heure, les conditions imposées pour l'obtention du diplôme, sont rigoureuses; nous avons pensé qu'il devait en être ainsi afin de ne pas être accusés, nos collaborateurs et nous, de trop d'indulgence. Malgré cela, nous avons eu :

Année scolaire 82-83.	27	diplômes.
— 83-84.	19	—
— 84-85.	68	—

Ce nombre aurait été certainement plus considérable si les besoins de la laïcisation n'avaient contraint l'Administration, au milieu des années scolaires précédentes et quelquefois même pendant la période des compositions des prix, d'enlever des écoles un nombre important des meilleures élèves. Cette année, les élèves empruntées aux écoles, pour la laïcisation des enfants assistés, ont pu continuer à suivre les cours. Cinq des élèves de Bicêtre, par exemple, envoyées aux Enfants-Assistés, ont été conduites à Bicêtre, afin d'assister régulièrement aux cours et aux compositions; huit infirmières d'Ivry ont été amenées régulièrement aux cours de Bicêtre par la voiture de l'établissement. Quelques autres des infirmières des Enfants-Assistés, appartenant aux écoles de la Salpêtrière et de la Pitié, ont continué à suivre les cours de ces écoles. Grâce à ces mesures, dont nous remercions très vivement M. Peyron, le nombre des diplômes décernés cette année atteint le chiffre respectable de 70, ainsi répartis : Salpêtrière, 13; Bicêtre, 22; La Pitié, 35.

L'année prochaine, il sera très facile d'arriver à doubler ces résultats en prenant les mesures suivantes : 1° Exiger *partout* que toutes les surveillantes, sous-surveillantes, suppléantes et infirmières des hôpitaux-écoles, ayant moins de 40 ans, suivent les cours et participent à toutes les compositions;

2° Envoyer au fur et à mesure des vacances, dans les hôpitaux-écoles, les meilleures infirmières de tous les autres hôpitaux;

3° Prescrire aux directeurs des hôpitaux voisins des Ecoles de la Pitié et de la Salpêtrière, d'encourager leurs infirmières à suivre les cours, comme l'ont fait avec tant de bonne volonté M. Valdruch, directeur des Enfants-Assistés, et M. Labourellie, directeur de l'hospice d'Ivry;

4° Faciliter aux anciennes élèves des écoles, actuellement dans les autres hôpitaux, et qui n'ont pu faire toutes les compositions, les moyens de faire celles qui leur manquent pour obtenir leur diplôme.

Bien que ce discours soit déjà trop long et que vous soyez impatientes de recevoir les récompenses et les diplômes que vous a mérité votre travail, nous devons encore retenir votre attention durant quelques instants et vous entretenir de ce qui a été accompli depuis notre dernière réunion au point de vue de la laïcisation.

Durant l'année scolaire qui vient de finir, la laïcisation a été poursuivie régulièrement. L'hôpital Cochin, en dépit de toutes les protestations et de menaces de procès, a été laïcisé le 21 décembre 1885.

L'hospice des Enfants-Assistés, où, disait-on, il était impossible de remplacer les sœurs et les bretonnes 1/2 sœurs, a été laïcisé le 1er avril 1886. Enfin, il y a huit jours, M. Peyron a obtenu du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, la laïcisation de l'hôpital Necker, de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital de Forges-les-Bains. D'où il suit que 53 religieuses ont été remplacées par des laïques, et que 55 religieuses vont être dans quelques semaines remplacées par des laïques.

En exceptant l'hôpital de Berck-sur-Mer et les fondations de La Roche-Guyon, Chardon-Lagache, Brézin (1), sur 30 hôpitaux et hospices de Paris, il ne restera plus bientôt que 6 établissements à laïciser (2); ce sont :

(1) Les autres *Fondations :* Orphelinat Riboutê-Vitalis, Devillar, Boulard et Lenoir-Jousseran sont laïcisées.

(2) Voici les dates des laïcisations : Laennec, fin 1878; — La Pitié, 1er octobre 1880; — La Rochefoucauld, janvier 1881; — Les Ménages, juillet 1880; — Saint-Antoine, 1er août 1881; — Lourcine, juillet 1882; — Tenon, juillet 1882; — Ivry, février 1885; — Cochin, 21 décembre 1885; — Enfants-Assistés, 1er avril 1886. L'hôpital Bichat, l'hôpital Andral et l'hôpital Broussais, créés dans ces dernières années, ont été, dès l'origine, confiés à des laïques.

© BIU Santé

Beaujon,	avec.	20	religieuses
La Charité,	—	18	—
L'Hôtel-Dieu (1),	—	21	—
Lariboisière,	—	27	—
Saint-Louis,	—	25	—
Trousseau,	—	20	—
	Total. . . .	131	religieuses

Nombreuses sont les ressources dont dispose dès maintenant l'Administration pour en finir avec cette opération de la laïcisation qui dure depuis plus de huit ans et qui, si l'on avait eu un peu d'esprit politique, aurait pu et dû être terminée en deux ou trois ans. Ces ressources, quelles sont-elles ?

Ce sont : 1° Les anciennes élèves des Ecoles, dispersées dans les différents hôpitaux où elles sont suppléantes ou infirmières de première classe ; 2° les boursières diplômées qui vont pouvoir être prochainement nommées suppléantes et devront être remplacées de suite — les postulantes ne manquent pas ; il en est qui ont fait leurs preuves, auront des récompenses ici aujourd'hui ou à la Pitié samedi, et que nous recommandons à l'attention de M. le Directeur ; 3° ce sont les bonnes infirmières de tous les hôpitaux laïcisés ou non que M. Peyron fera venir au mois d'octobre dans les hôpitaux-écoles ; 4° les élèves externes qui sollicitent sn vain leur admission comme infirmières et auxquelles trop souvent, sans une raison plausible, nous voyons préférer des femmes aussi ignorantes qu'inconnues. On ne peut pas nous objecter que les vacances ont fait défaut. Il y a eu à la Salpêtrière, du 1er octobre 1885 au 1er août 131 mutations ; 5° enfin il y a toutes les personnes de bonne volonté qui s'offrent journellement et auxquelles il serait si facile de donner la place de celles qui, suivant des conseils néfastes, refusent de se conformer aux ordres de l'Administration en ne fréquentant ni l'école primaire ni les cours professionnels.

Personne ne peut donc contester que durant l'année scolaire 1886-87, les Ecoles ne puissent procurer à l'Administration tout le personnel nécessaire au remplacement des 131 dernières religieuses (2) et ce remplacement peut s'opérer par série de deux hôpitaux fin décembre, deux en avril et les deux derniers après la distribution des prix de la prochaine année.

Confiant dans l'énergie de nos amis du Conseil municipal, dans les déclarations formelles de M. Peyron et dans son dévouement à la République, nous avons le ferme espoir que, ici, dans un an, M. le Directeur nous annoncera la fin de la laïcisation en ce qui concerne les hôpitaux de Paris.

Eh bien, Mesdames, tout ne sera pas fini. Il restera encore beaucoup à faire. En effet, il est de notre devoir, du devoir de tous les républicains, de poursuivre l'œuvre, réalisée complètement dans le département de la Seine pour les quatre asiles d'aliénés, presque réalisée pour les hôpitaux et hospices, de poursuivre la laïcisation de tous les établissements hospitaliers de l'Etat, par exemple les Asiles de convalescence du Vésinet et de Vincennes, dont nous avons réclamé la laïcisation il y a deux ans, la laïcisation de la Maison nationale de Charenton, de l'Institution des sourds-muets, des infirmeries des lycées et des prisons. Enfin, et cela honorerait grandement l'Administration de l'Assistance publique, c'est dans les Ecoles municipales d'infirmières que l'Etat, que les départements, que les Villes mêmes devraient trouver des surveillantes pour laïciser les asiles d'aliénés, les hôpitaux et les hospices de la province, en attendant que les municipalités se décident, à l'exemple de Rouen et de Tours, à créer des Ecoles d'infirmières.

Vous voyez, en face de cette tâche qu'on pourrait conduire si bien et en peu de temps si l'on voulait accueillir toutes les bonnes volontés, récompenser tous les efforts méritants, vous voyez que c'est avec raison que, aujourd'hui autant qu'autrefois, nous supplions de nouveau M. le directeur de l'Assistance publique d'exiger qu'on obéisse aux ordres qu'il a donnés, relativement à l'obligation de l'école primaire pour les infirmières dont l'instruction est incomplète, des cours professionnels et des compositions pour tout le personnel.

En présence de ces besoins dont vous ne vous doutiez peut-être pas, vous reconnaîtrez, Mesdemoiselles, — et je ne m'adresse qu'aux infirmières de la Salpêtrière, car celles de Bicêtre et de la Pitié n'ont pas eu de défaillances — que l'institution des boursières était parfaitement justifiée.

L'expérience faite avec les *boursières municipales* a donné d'excellents résultats et nous indique la voie à suivre : C'est de réclamer, et nous n'y manquerons pas, la création de *boursières de l'Etat* ; — c'est d'autoriser les départements et les villes à créer des *bourses départementales*, à l'instar des bourses qui existent pour les sages-femmes à la Maternité de Paris.

Ces boursières de différents ordres ne doivent pas porter ombrage aux élèves infirmières ; vous devez toutes rivaliser avec elles d'assiduité à l'école primaire, aux cours professionnels, aux exercices pratiques ; de dévouement et d'habileté auprès des malades. Et, à égalité de connaissance, l'Administration a le devoir de vous donner le pas sur les boursières, en raison des services que vous avez rendus.

En finissant, laissez-moi vous donner encore une fois quelques conseils. Respectez de la façon la plus absolue la liberté de conscience des malades et bornez-vous à transmettre au directeur de votre hôpital ou à son représentant les désirs religieux de vos malades quand ils en expriment ; — encouragez vos malades à supporter patiemment leurs souffrances ; — soutenez-les par des paroles bienveillantes — et les femmes savent toujours en trouver dans leur cœur ; — conformez-vous strictement aux prescriptions des médecins ; étudiez soigneusement vos malades afin de bien renseigner vos chefs de service : un enseignement précis, donné en temps opportun par l'infirmière ou par la surveillante, est souvent, pour le médecin, la source d'une indication précieuse qui peut sauver la vie du malade, et c'est là notre devoir commun.

Obéissez scrupuleusement aux règlements de l'Administration, aux ordres de vos directeurs.

Aidez-vous les unes les autres dans vos salles, que les plus instruites fassent profiter de leur savoir leurs compagnes moins favorisées : ce sont les malades qui en bénéficieront.

Si vous suivez ces conseils vous fermerez la bouche à vos adversaires ; — vous aurez la reconnaissance des malades et c'est ce qui doit vous toucher le plus ; — vous mériterez la considération de tous, vous récompenserez le Conseil municipal, l'Administration et vos maîtres de tout ce qu'ils ont fait pour vous ; — vous nous aiderez dans la propagande pour généraliser la laïcisation. Enfin vous aurez bien mérité de la République qui vous a fait ce que vous êtes.

Après cet intéressant exposé de la situation des écoles, la distribution des prix a eu lieu et la séance s'est terminée par la remise des diplômes aux élèves lauréats des Ecoles municipales d'infirmières de la Pitié, de Bicêtre et de la Salpêtrière.

(1) Nous croyons qu'il est nécessaire dès maintenant d'avertir Mme la prieure de l'Hôtel-Dieu, qui se donne beaucoup de peine, sans résultat, pour recueillir des novices et supprimer, au budget de 1887, le crédit inscrit pour l'entretien desdites novices.

(2) Il n'y aura plus que le remplacement des sœurs de Berck et des fondations.

Enseignement médical libre.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLY, professeur agrégé, suppléant M. Trélat, a commencé ses *leçons de clinique chirurgicale*, dans l'amphithéâtre de chirurgie, le vendredi 20 courant, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours des vacances. — M. LANDOUZY, agrégé, suppléant pendant les vacances, M. le professeur Hardy à la Charité, commencera le mardi 24 août, à 10 heures, des leçons cliniques qu'il continuera les samedis et les mardis suivants. Visite tous les jours à 9 heures.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Un appareil pour chloroformisation.

L'anesthésie chirurgicale sera sans contredit l'une des plus grandes gloires, sinon la principale, de notre siècle. Tout ce qui touche à cette partie de l'art du chirurgien, surtout ce qui peut, dans cette voie, marquer un progrès sensible, mérite d'être connu et doit l'être. C'est ce qui nous a engagé à parler aux lecteurs du *Progrès* d'un appareil dont l'inventeur,

© BIU Santé

M. le Dr Créquy, médecin en chef des chemins de fer de l'Est, n'en est pas à son coup d'essai.

La figure ci-jointe (*fig.* 74) nous permettra d'être bref sur la

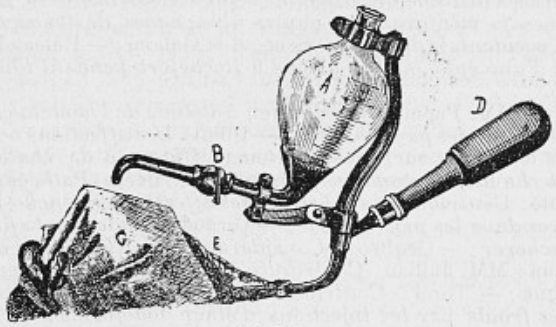


Fig. 74.

description de l'appareil. Le chloroforme est contenu dans le flacon gradué A ; il s'écoulera en quantité variable, suivant que le robinet B sera plus ou moins ouvert, suivant aussi que l'appareil sera plus ou moins incliné en avant. En C se trouve l'ancien masque de Demarquay, sur lequel le chloroforme tombe goutte à goutte. Le masque recouvre le nez et la bouche ; la flanelle qui le compose est percée en E d'une ouverture qui, suivant les indications du Dr Créquy, permet le large accès de l'air. L'appareil peut se démonter en trois morceaux : A, C, D, réunis par un pas de vis.

Lors d'une opération, on remplit le flacon A de chloroforme jusqu'au trait supérieur de l'échelle graduée ; on se sert pour cela d'un petit entonnoir annexé à l'appareil. On ouvre le robinet B ; l'appareil, tenu par le manche, est placé de façon à ce que le masque recouvre le visage du malade et on incline l'instrument en avant ou en arrière, suivant qu'on veut augmenter on diminuer la dose de chloroforme.

Cet appareil, si simple, offre de précieux avantages et nous avons tous les jours l'occasion de les apprécier dans le service du Dr Marc Sée à la Maison Municipale de Santé : D'abord, grâce au flacon gradué, le chirurgien peut à tout instant, dans le cours d'une opération, savoir la quantité de chloroforme que le malade a absorbée. Ensuite, le liquide ne s'écoulant que lentement et à mesure qu'il est absorbé, il y a sous ce rapport une économie qui n'est peut-être pas à dédaigner. L'ouverture pratiquée dans le masque permet à l'air d'arriver en quantité très suffisante.

Mais il est deux autres avantages sur lesquels le Dr Créquy insiste et avec raison. Tout le monde comprendra combien il est important qu'une même personne donne le chloroforme et surveille le malade, c'est-à-dire examine le pouls et la respiration. L'appareil Créquy remplit cette condition. Il n'exige de celui qui s'en sert qu'une seule main ; l'autre peut tenir le pouls et, comme l'écoulement du chloroforme a été réglé dès le début une fois pour toutes, l'attention du médecin peut se porter tout entière sur la respiration. D'un autre côté, s'il est bon pour un chirurgien d'avoir à ses côtés les aides nécessaires, il est bon aussi que ces aides soient en moins grand nombre possible ; car toute personne inutile est, dans la salle d'opération, sinon dangereuse, du moins une cause de gêne. L'appareil Créquy supprime au moins deux aides : celui qui tient le pouls et celui qui verse le chloroforme. N'est-ce pas là un avantage sérieux, surtout pour le praticien de la ville ou de la campagne, qui n'a le plus souvent à sa disposition qu'un seul aide expérimenté, si toutefois il l'a ?

Nous ne ferons pas à nos lecteurs l'injure d'insister plus longuement ; nous pensons que l'appareil du Dr Créquy pourra rendre à la chirurgie d'utiles services, surtout après les quelques modifications que son usage journalier ne manquera pas de suggérer.

M. Bernheim,
interne à la Maison de Santé.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 août 1886 au samedi 14 août 1886, les naissances ont été au nombre de 1190 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 411 ; illégitimes, 177. Total, 588. — *Sexe féminin* : légitimes, 436 ; illégitimes, 166. Total, 602.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 août 1886 au samedi 14 août 1886, les décès ont été au nombre de 970, savoir : 533 hommes et 437 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 27, F. 17, T. 44. Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 10, T. 18. — Scarlatine : M. 8. F. 3, T. 11. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 7, F. 8, T. 15. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 4, T. 6. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 15, F. 19, T. 34. — Phthisie pulmonaire : M. 96, F. 70, T. 166. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 15, T. 32. — Autres affections générales : M. 35, F. 34, T. 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 15, F. 22, T. 37. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 7, T. 22. — Pneumonie : M. 23, F. 29, T. 52. — Athrepsie : M. 86, F. 71, T. 157. — Autres maladies des divers appareils : M. 134, F. 106, T. 240. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 31, F. 4, T. 35. — Causes non classées : M. 10, F. 10, T. 20.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 77 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 45, illégitimes, 8. Total : 53 — *Sexe féminin* : légitimes, 17 ; illégitimes, 7. Total : 24.

Décret *relatif aux sessions d'examens à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.* — *Art.* 1er. Les sessions d'examens pour les aspirants au diplôme d'officier de santé ont lieu, chaque année, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pendant les mois d'avril et d'octobre. Les candidats appartenant au régime d'études antérieur à celui qui a été établi par le décret du 1er août 1883 pourront se présenter indifféremment à l'une ou à l'autre de ces sessions. Les candidats appartenant au régime d'études établi par le décret du 1er août 1883 ne pourront se présenter à la session d'avril que s'ils ont échoué aux examens pendant la session d'octobre précédent. Les sessions pour les examens de sage-femme de 2e classe auront lieu aux mêmes époques.

Art. 2. Les sessions d'examens pour les aspirants au diplôme de pharmacien de 2e classe ont lieu chaque année, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pendant les mois d'avril et d'octobre. La session d'août pour l'examen de validation de stage est reportée au mois d'octobre ; la seconde session pour cet examen aura lieu au mois d'avril. Les sessions pour les herboristes de 2e classe ont lieu aux mêmes époques.

Art. 3. Les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Décret *portant création d'un certificat d'études à exiger des aspirants aux grades d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe.* — *Art.* 1er. A dater du 1er novembre 1887, les candidats aux grades d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe devront, à défaut d'un diplôme de bachelier, produire, en prenant la première inscription de scolarité pour les officiers de santé ou la première inscription de stage pour les pharmaciens de 2e classe, un certificat d'études délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque académie, et composé de l'inspecteur d'académie, président, et de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire classique ou spécial, désignés annuellement par le recteur.

Art. 2. Les épreuves écrites sont : Une composition française sur un sujet simple : lettre, récit, etc. Une version latine de la force de quatrième, ou, au choix des candidats, une version de langue vivante (anglais ou allemand) de la force de quatrième année de l'enseignement secondaire spécial. Ces épreuves sont éliminatoires. Les sujets et textes des compositions sont donnés par le jury.

Art. 3. Les épreuves orales sont : L'explication d'un texte français tiré des auteurs prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique ou dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire spécial ; Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial ; Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la deuxième, de la troisième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial ; Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes de la première, de la deuxième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial. Pour chacune de ces interrogations il est proposé au candidat trois sujets différents entre lesquels il a le droit de choisir.

Art. 4. Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale variant de 0 à 20. Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le

© BIU Santé

total des points obtenu, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des épreuves soit écrites soit orales.

Art. 5. Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version. L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

Art. 6. Les sessions ont lieu à la fin et au commencement de l'année scolaire à des dates fixées par le recteur.

Art. 7. L'inscription a lieu au secrétariat de chaque académie pendant une période déterminée par le recteur et qui ne peut être inférieure à quinze jours.

Art 8. Les candidats au grade d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe qui auront obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire complété par l'examen scientifique, conformément à l'article 1er du décret du 1er août 1883, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études institué par le présent décret.

Art. 9. Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont attachés aux Facultés ci-après désignées, pour une période de huit ans, à partir du 1er novembre 1887, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent : *Faculté de Lille.* M. Thibaut, *pharmacie;* M. Lambling, *chimie* ; M. Morelle, *chimie.* — *Faculté de Lyon.* M. Florence, *pharmacie;* M. Hugonnenq, *chimie;* M. Malosse, *physique.* — *Faculté de Montpellier.* M. Didelot, *physique.* — *Faculté de Nancy.* M. Guérin, *chimie.* — *Faculté de Paris.* M Villejean, *chimie.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Du 5 août au 9 octobre 1886, les bureaux du *secrétariat* seront ouverts tous les jours de midi à deux heures. Le secrétaire de la Faculté recevra pendant la durée des vacances scolaires, tous les mercredis, de midi à deux heures.

La *bibliothèque* de la Faculté sera fermée, pour le nettoyage annuel, du 9 août 1886 au 31 du même mois inclusivement. Du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, elle sera ouverte le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures. A partir du 11 octobre 1886, elle reprendra son service quotidien.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX : THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886. (Du 7 novembre 1885 au 12 août 1886.

Novembre : MM. Rabaine : *Etude sur la périnéorrhaphie ;* — Martin : *De la contusion périnéale compliquée de rupture de l'urèthre ;* — Descubes : *Etude sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille ;* — Malphettes : *Contribution à l'étude du pied bot paralytique.*

Décembre : MM. Durand : *De la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés ;* — Duchein : *De l'érysipèle pendant la grossesse et de son influence sur le produit de la conception ;* — Aubin : *Recherche médicale de la criminalité dans l'avortement ;* — Monphous : *De l'huile empyreumatique arabe de jaunes d'œuf dans le traitement des ulcères et plaies ulcéreuses ;* — Annequit : *Contribution à l'étude de la gastrostomie ;* — Delom-Sorbé : *De la trépidation épileptoïde provoquée ;* — Denucé : *Etude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipèle contribution à l'histoire des maladies infectieuses ;* — Eveillé : *Syphilis oculaire ;* — Routier : *Etude critique sur les différents procédés d'énucléation d'exentération et d'amputation du globe oculaire et sur leur valeur respective ;* — Biar : *Etude sur les fistules de l'uretère ;* — Cadenaule : *Du traitement des névralgies par les courants continus ;* — Bahier : *De l'emploi de la vératrine dans le traitement des tremblements symptomatiques;* — Cazaubon : *Des moyens les plus propres à favoriser le retour du mouvement dans les paralysies consécutives aux attaques d'apoplexie cérébrale.*

Janvier 1886 : M. Berjon : *Une observation de grande hystérie chez l'homme.*

Février : MM. Tricard : *De la névralgie des plexus lombaire et sacré d'origine traumatique* (Tour de reins) ; — Catellan : *Sur un point de la technique de la Thyroïdectomie.*

Mars : MM. Barthe : *Diabète et arthritisme ;* — De Bonadona : *Etude comparative de la fièvre jaune et de la fièvre ictéro-hématurique ;* — Carpot : *Considérations sur les parasites pénétrants de la peau dans les pays chauds et spécialement au Sénégal ;* — L'Honen : *Contribution à l'étude de l'ulcère de Cochinchine ;* — Poey-Noguez : *Etude sur les grosses hernies inguinales ;* — Massy : *Etude sur les injections intra-utérines dans l'état puerpéral ;* — Nabias : *Jean Prévost, médecin de la ville de Pau et son catalogue des plantes du Béarn, de la Navarre, du Bigorre et des Côtes de la mer depuis Bayonne jusqu'à Saint-Sébastien* (1600-1660) ; — Crozes : *Des effets des vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura dans l'épilepsie Jachsonienne.*

Avril : MM. Treille : *Critique historique de la théorie microbienne du choléra ;* — Claverie : *Méningites cérébro-spinales observées à Rochefort pendant l'hiver* 1885-1886 ; — Keisser : *Souvenirs médicaux de quatre campagnes de transport à la côte occidentale d'Afrique* (Sénégal et Gabon) ; — Réteaud : *Relation d'une épidémie de grippe à Rochefort pendant l'hiver en* 1886.

Mai : MM. Papin : *Contribution à l'étude de l'hémato-chylurie endémique des pays chauds ;* — Pillot : *Des affections oculaires dans le diabète sucré ;* — Chastang : *Du coup de chaleur aux pays chauds envisagé au point de vue de la Pathogénie ;* — Planté : *Contributions à l'étude des affections Broncho-Pulmonaires dans les pays chauds ;* — Giraud : *Etude sur la filaire de Wucherer ;* — Geoffroy : *Considérations sur les plaies de l'œil.*

Juin : MM. Jullian : *Contribution à l'étude des angiômes de la langue ;* — Torel : *Contribution à l'étude du traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé ;* — Canac : *Contribution à l'étude de la Physiologie pathologique de la mort dans l'étranglement de l'intestin ;* — Vételet : *De la réunion par première intention des traumatismes récents ;* — Sengensse : *Contribution à l'étude du traitement de la Pseudarthrose du fémur par la suture osseuse.*

Juillet : MM. Duclot : *Contributions à la géographie médicale.* (Haut Sénégal et Haut Niger) ; — Palud : *Un transport hôpital au point de vue hygiénique et thérapeutique* (Vuih Long 1884-1886) ; Gauran : *Contribution à l'étude de l'hépatite suppurée des pays chauds* (Diagnostic, pronostic, traitement) ; Gouzot : *Contribution à l'étude des maladies syphilitiques de l'estomac ;* — Facieu : *De l'artérite des membres dans la fièvre typhoïde ;* — Du Bois Saint-Sevrin : *Deux ans aux Iles Saint-Pierre et Miquelon* (Terre-Neuve), *notes médicales* 1882-1884 ; Guérin : *De la fièvre jaune à la Guyane Française* 1763-1886 (Historique, statistique, étiologie) ; Thomas-Duris : *Essai sur la topographie médicale du canton d'Eymoutiers* (Haute-Vienne) ; — Barbière : *Etude sur la rétention d'urine ;* — Chové : *Le bâtiment-atelier « L'Adour » en station à Haïphong* (Tonkin) *recherches d'hygiène navale ;* — Lafage : *Quelques considérations sur le traitement de la pleurésie purulente ;* Carrade : *Contribution à la géographie médicale. — Le poste de Podor* (Sénégal) ; — Bellot : *Notes sur les abcès du foie observés dans les pays chauds* (Etiologie, pathogénie, anatomie pathologique et terminaison) ; — Mangon : *De l'hématidrose et de ses rapports avec la menstruation ;* — Jouenne : *Contribution à l'étude statistique des troubles oculaires dans l'ataxie.*

Août : MM. Dourif : *L'inflammation dans les grosses hernies inguinales ;* — Hervé : *Des phlegmons du membre inférieur observés dans les hôpitaux de la marine et à bord des bâtiments de la flotte ;* — Cuvier : *Le coup de Chaleur, l'insolation et la mort par la chaleur, différence des accidents et de la pathogénie de la mort ;* — Clavel : *Des indications des lavages utérins préventifs et curatifs continus et intermittents ;* — Jannaut : *Contribution à l'étude de la bronchite typhoïde ;* — Meilhon : *Du suicide dans le délire ou folie des persécutions ;* — Stecewiez : *Des accidents apoplectiformes survenant au début ou dans le cours du Tabès ;* — Nourry : *Sur quelques cas non signalés d'Esthiomène de la vulve* (formes cliniques et anatomo-pathologiques) ; — Aubry : *Etude sur la pathogénie de la tuberculose compliquant les anévrysmes aortiques ;* — Arbaud : *Un cas de spina-ventosa chez l'adulte ;* — Venner : *Contribution à l'étude de la désarticulation scapulo-humérale ;* — Raoulx : *Des ophtalmies urineuses ;* — Bourit : *Contribution à l'hygiène navale. Transports militaires et paquebots du Commerce envisagés surtout au point de vue de la ventilation ;* — Guillarmou : *Souvenirs d'une campagne à Madagascar sur la Seudre ;* — Nicoulau : *Essai sur la mégalomanie ;* — Claverie : *Etude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales ;* — Parnet : *Quelques cas de thyroïdites aiguës à la suite de l'arrêt de la menstruation ;* — Cassaët : *De la pathogénie des accidents de l'air comprimé ;* — Faure : *Contribution à l'étude du mal perforant* (Etiologie multiple).

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. DEMONS, Dr en médecine chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de clinique externe à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1886.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE — M. BAUDRY, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, à partir du 1er novembre 1886.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. TESTUT, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de mé-

© BIU Santé

decine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, à partir du 1er novembre 1886. M. FOCHIER, Dr en médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, à partir du 1er novembre 1886.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. DEPÉRET, Dr ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Marseille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. CHALOT, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier, à partir du 1er novembre 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. MACÉ, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de botanique et d'histoire naturelle à ladite Faculté. M. BARABAN, agrégé et chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy, est chargé en outre, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'histologie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. LENORMAND (Camille), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Deschamps, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. GÉRENTE, Dr en médecine, est autorisé à faire, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1886-1887, un cours libre sur les maladies mentales et nerveuses à l'école de médecine et de pharmacie d'Alger.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — M. PARIZOT, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique externe à ladite école, en remplacement de M. Brulet, décédé. M. DEROYE, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique interne à ladite école, en remplacement de M. Morlot, nommé professeur honoraire.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — Un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira, le 15 février 1887, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination d'un pharmacien dans les asiles.* Le jury est ainsi composé : MM. Patein, pharmacien de Lariboisière ; Viron, pharmacien de la Salpêtrière ; Villejean, pharmacien de l'Hôtel-Dieu ; Béhal, pharmacien de Bicêtre ; Requier, pharmacien de Villejuif ; Schaeuffèle, pharmacien de la ville. M. le Dr Briand, médecin de l'asile de Villejuif.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Bureau de bienfaisance.* MM. MOULARD et ARDUIN sont nommés médecins du Bureau de bienfaisance pour les 9e et 20e arrondissements de Paris.

HOPITAUX DE PARIS. — Par arrêté du 30 juillet, MM. MOIZARD et PEYROT, médecin et chirurgien du Bureau central, sont nommés titulaires à l'hospice de Bicêtre. Nous avons déjà annoncé, il y six mois, ces nominations. Il est regrettable que le ministre tarde aussi longtemps à signaler les arrêtés. — M. BOUILLY, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien-adjoint de la Maternité, chargé du service d'accouchement de l'hôpital Cochin. — *Prix de l'internat.* Le jury désigné pour les prix à décerner aux internes des hôpitaux de Paris se compose de MM. Balzer, Brun, Lannelongue, Legroux, Merklen, Tarnier et Terrier.

LA RAGE. — On mande de Bordeaux qu'un enfant de trois ans et demi, nommé Bergeron-Claidière, vient de mourir de la rage, à la Teste. Ayant été mordu par un chien enragé le 1er juin dernier, cet enfant avait été conduit trois jours après à Paris par sa mère et avait subi, pendant dix jours, le traitement Pasteur. Les premiers symptômes du mal apparurent le 12 du courant (*Justice*, 19 août).

LE JARDIN ZOOLOGIQUE D'ACCLIMATATION donne actuellement l'hospitalité à une caravane très importante. Elle est composée de soixante-dix Cinghalais (cinquante-sept hommes et treize femmes.) Ces habitants de Ceylan arrivent assistés des prêtres de leur religion (la religion de Bouddha), de leurs médecins, jongleurs, danseurs et charmeurs de serpents. Douze éléphants, dont une femelle allaitant son petit, quatorze zébus trotteurs attelés, et divers animaux du pays complètent cette exhibition considérable. Ces éléphants dressés au travail, sous la conduite de leurs mahouts, à cheval sur leur cou et armés de leurs tridents, exécutent les travaux de force les plus curieux, transportant des troncs de bois énormes, des pierres pesantes, et les alignant avec adresse et précision.

Cette exhibition ethnographique met sous les yeux des visiteurs du Jardin d'Acclimatation, comme un coin de l'île de Ceylan. Elle ne manquera certainement pas d'attirer l'attention des savants, aussi bien que du grand public.

C'est la treizième fois que l'établissement zoologique du bois de Boulogne fait venir des points du monde les plus divers, ces indigènes jusqu'alors connus seulement par les récits des voyageurs. Les habitants de la Nubie, les Esquimaux du pôle, les Fuégiens de l'Amérique antarctique, les Gauchos des Pampas, les Araucans de l'Amérique occidentale, les Galibis des grands bois de la Guyane, les Kalmoucks des steppes Caspiennes, les Peaux-Rouges des prairies du Missouri, les Lapons des régions glacées de l'Europe septentrionale, sont venus successivement défiler devant le public parisien, qui a toujours pris le plus grand intérêt à ces exhibitions instructives.

L'exhibition actuelle est peut-être la plus intéressante de toutes, car jamais le Jardin d'Acclimatation n'a présenté à ses visiteurs une caravane aussi complète et aussi nombreuse. Nous pouvons ajouter qu'une collection ethnographique des plus importantes est mise sous les yeux du public, elle comprend les objets les plus divers provenant de la fabrication indigène.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — *Alpes-Maritimes*. M. BARETY, R. — *Loiret* : M. VIGER, R.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales :* M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — *Médecin* : M. DEBOVE. Consultation les lundi, mercredi et vendredi à 9 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RAISON (A.-G.) — **Des traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progresive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle.** Vol. in-8 de 42 pages. Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés, ... 1 fr. 70

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

ALLIOT (E.). — La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance. Brochure in-18 de 86 pages. — Prix : 1 fr. 50.

GERBAUD (C.-A.). — De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement. Volume in-8 de 224 pages.

SCHMITT (J.). — Microbes et maladies. Vol. in-18 de 299 pages, avec figures. — Prix : 3 fr. 50.

CONI (E.-R.). — Causes de la morbidité et de la mortalité de la première enfance à Buenos-Aires. Volume in-8 de 228 pages. — Buenos-Aires, 1886. — Imprimerie Paul-Emile Coni.

DOURSOUT. — Transformation de l'ancien asile d'aliénés de Saint-Venant en un hospice des vieillards. Projet présenté à M. le préfet du Pas-de-Calais. Brochure in-8 de 22 pages, avec 1 planche hors texte. — Lillers, 1885. — Imprimerie F. Fumey.

MAIRET (A.) et COMBEMALE (M.). — Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'uréthane. Brochure in-8 de 52 pages. — Montpellier, 1886. — Librairie Coulet.

PROJET D'ASSOCIATION médicale mutuelle en cas de maladie. Brochure in-8 de 24 pages. — Paris, 1886. — Au siège de l'Association, 8, boulevard Saint-Denis.

ASSOCIATION FRANÇAISE pour l'avancement des sciences. — Informations et documents divers. — Vient de paraître le n° 45. Au secrétariat, 4, rue Antoine-Dubois.

CORDILLO-LOZANO. — El problema de la rabia. Brochure in-8 de 58 pages. — Madrid, 1886. — Imprimerie Maroto y Hermano.

SETTIMO (C.). — Sulla riproduzione sperimentale della milza nei polli, cani, conigli e rane. Brochure in-8 de 10 pages. — Modena, 1886. — Tipografia Vincenzi e Nipoti.

SETTIMO (C.). — Sulla presunta riproduzione totale della milza seconda comunicazione preventiva. Brochure in-8 de 9 pages. — Modena, 1886. — Vincensi et Nipoti.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 35. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 AOUT 1886

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Lésions du plancher bulbaire et de l'aqueduc de Sylvius dans l'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire ;

Par L. CAPITAN, chef de clinique de la Faculté.

Il y a quelques mois, examinant le cerveau d'un malade mort dans le service, d'une hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire, accompagnée de la symptomatologie classique, nous avons remarqué à la surface du plancher bulbaire un petit piqueté hémorrhagique présentant une analogie complète avec les lésions obtenues expérimentalement par Duret et si bien étudiées dans son remarquable travail sur les traumatismes cérébraux (1). Depuis lors, nous avons constamment examiné le bulbe des sujets morts d'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire : nous avons presque toujours retrouvé des lésions analogues, variant seulement par leur intensité. C'est le résultat de ces recherches que nous consignons dans cette note.

Nous avons examiné dix cerveaux de sujets ayant succombé dans le service à une hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire. Dans tous ces cas, la symptomatologie fut classique, le diagnostic put être fait presque toujours ; nous n'avons constaté aucun phénomène anormal. Dans tous les cas où il a été possible de se procurer de l'urine du malade, jamais nous n'avons observé de glycosurie, mais presque toujours une albuminurie, peu abondante d'ailleurs (10 à 30 centigr. environ par litre).

Nous n'insisterons donc pas sur la symptomatologie de chaque fait ; nous ne donnerons qu'un court résumé de chaque observation en n'indiquant que les points particuliers qui se rattachent spécialement à notre étude. Nous avons rangé ces faits suivant l'intensité des lésions constatées à l'autopsie, intensité qui d'ailleurs ne semble pas correspondre à une gravité plus grande des accidents observés sur le malade, si tant est qu'il soit possible d'établir une hiérarchie dans une symptomatologie aussi grave que celle de l'hémorrhagie cérébrale.

Sur les dix cas que nous avons observés :

1° Deux fois nous n'avons rien remarqué de particulier sur le plancher du 4e ventricule.

2° Dans deux cas, il existait à la surface du plancher du 4e ventricule une dilatation vasculaire des plus nettes.

3° Dans quatre cas, le piqueté hémorrhagique avec petits foyers hémorrhagiques de dimensions variées, et dilatation de l'aqueduc de Sylvius.

4° Les deux derniers faits, enfin, nous ont montré une attrition marquée en avant de l'orifice supérieur de l'aqueduc de Sylvius et, dans un cas, un éclatement complet de l'aqueduc.

Nous allons passer rapidement en revue chacun de ces faits ; nous essayerons ensuite d'en donner l'interprétation.

1° Dans les deux cas (observ. I et II), où nous n'avons rien observé de particulier à la surface du plancher du 4e ventricule, il existait seulement un léger degré d'attrition sur toute la surface des ventricules latéraux. Dans un cas, le foyer hémorrhagique siégeait dans l'intérieur des noyaux centraux à gauche ; à la surface externe du noyau lenticulaire dans l'autre cas, et dans les deux il y avait inondation ventriculaire. La symptomatologie fut classique, le diagnostic facile.

2° Dans les deux faits suivants, nous n'avons observé qu'une dilatation très marquée des vaisseaux à la surface du plancher du 4e ventricule. D'ailleurs, voici en quelques mots ces deux observations :

Obs. III. — Bar..., 73 ans, marchand ambulant ; éthylique avéré. Avait déjà eu plusieurs attaques, mais n'était pas resté paralysé. Il en a une le 24 juillet 1886, vers 5 heures du matin. On l'apporte immédiatement à l'hôpital. A la visite du matin on le trouve dans le coma avec hémiplégie gauche, flasque complète, paralysie du facial inférieur, respiration stertoreuse (40 R. par min.). Pouls fort, rapide (100 P.), pupilles rétrécies non déviées, etc. Il reste dans le même état ; la respiration s'embarrasse de plus en plus et il meurt le lendemain 25, à 10 heures du soir. A l'autopsie (27 au matin) on trouve un énorme foyer hémorrhagique ayant complètement détruit les noyaux centraux du côté droit et envahi les ventricules. L'autre hémisphère est normal.

L'aqueduc de Sylvius est un peu dilaté. A la surface du plancher bulbaire on observe une dilatation marquée des artérioles et veinules mais pas de piqueté hémorrhagique.

Cœur et reins scléreux ; pas de lésions valvulaires.

Obs. IV. — Vieille femme d'environ 60 ans sur laquelle on n'a aucun renseignement. Apportée en plein coma avec hémiplégie droite complète accompagnée d'un peu de contracture, yeux convulsés en haut et à gauche. Pouls rapide ; peu de dyspnée. Elle reste dans le même état pendant cinq jours, une fois elle semble s'éveiller et reprendre un peu connaissance, tout en ne pouvant parler. Elle meurt le sixième jour.

A l'autopsie on trouve un foyer de ramollissement cortical occupant tout le lobule pariétal supérieur du côté gauche ; dans ce foyer il s'est fait un foyer hémorrhagique qui pénètre dans le ventricule en perforant le corps strié et la couche optique. A la surface du plancher, dilatation vasculaire assez marquée.

Nous avons voulu indiquer ces deux cas ; cependant, nous n'y insisterons pas. Ces lésions bulbaires, en effet, ne sont probablement pas spéciales aux formes cliniques que nous étudions. *M. Luys* les a rencontrées plusieurs fois chez des cardiaques morts en asystolie sans autres lésions cérébrales (1) ; *M. Dupuis* les a observées chez des chiens dont il avait dénudé une région de l'écorce cérébrale. La pathogénie de ces dilatations vasculaires à la surface du plancher bulbaire paraît donc être variable.

3° Les cas qui suivent sont bien plus nets ; dans tous nous avons trouvé le piqueté hémorrhagique de la surface du 4e ventricule, parfois de véritables foyers hémor-

(1) *Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.* — 1878. (Thèse de Paris).

(1) Communications orales à la séance du 7 août de la *Société de biologie*, à la suite de l'exposé succint que nous avons fait de ces faits.

© BIU Santé

rhagiques minuscules ouverts dans le 4e ventricule et, le plus souvent, une dilatation marquée de l'aqueduc de Sylvius. Lorsqu'on faisait une coupe transversale du bulbe, on voyait par places de petits foyers hémorrhagiques punctiformes, disposés irrégulièrement dans l'épaisseur de la substance nerveuse, mais pas aussi nets ni aussi marqués qu'à la surface du plancher.

Obs. V. — Il s'agit là du premier malade auquel nous faisions allusion au début de ce travail. C'était un homme de 45 ans environ, ramassé sur la voie publique où il était tombé frappé d'apoplexie. Il était dans le coma le plus complet; hémiplégique gauche flasque. Il mourut le soir de son entrée. A l'autopsie, destruction complète des noyaux centraux du côté droit, inondation ventriculaire, piqueté hémorrhagique à la surface du plancher du 4e ventricule.

Obs. VI. — Homme de 55 ans, tombé sur la voie publique' amené dans le coma. Le stertor alterne par moments avec des attaques épileptiformes subintrantes. On diagnostique : hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire. Mort après 10 heures. A l'autopsie : artères de l'encéphale très athéromateuses. Hémorrhagie considérable ayant complètement détruit les noyaux centraux et envahi les ventricules qui sont distendus par le sang. Le plancher du 4e ventricule est parsemé d'un piqueté hémorrhagique; les foyers toujours extrêmement petits sont de dimensions un peu irrégulières; ils sont un peu plus abondants sur les parties moyennes et latérales.

Obs. VII. — Homme de 45 à 50 ans, ramassé sur la voie publique, amené dans le coma complet; stertor, pouls rapide, relâchement musculaire général. Mort 8 heures après son entrée. A l'autopsie, au moment où, en enlevant le cerveau, on déchire la tige du corps pituitaire, le liquide ventriculaire s'échappe avec force; c'est l'indication d'une pression exagérée dans l'intérieur des ventricules. Foyer hémorrhagique assez volumineux siégeant à droite à la partie externe du noyau lenticulaire, ayant glissé en avant et en dedans, séparant le noyau de la capsule externe et ayant pénétré dans le ventricule après avoir coupé la partie antérieure de la capsule interne et détruit la tête du noyau caudé. Les ventricules sont également distendus par des caillots sanguins. L'aqueduc de Sylvius est un peu dilaté. Le plancher du 4e ventricule présente un piqueté hémorrhagique très marqué. Ces hémorrhagies très nombreuses sont ordinairement très petites, punctiformes, mais par places elles sont un peu plus grosses et présentent environ le volume d'une tête d'épingle ordinaire. Ces petits foyers hémorrhagiques siègent immédiatement au-dessous de la surface du plancher bulbaire (voir ci-contre fig. n° 1). Sur une coupe la substance cérébrale du bulbe montre de minuscules petits points hémorrhagiques bien moins abondants et plus petits que ceux de la surface du plancher du 4e ventricule.

Obs. VIII. — Vieillard de 60 ans, ramolli, gâteux; dans le service depuis 8 jours avec une hémiplégie gauche incomplète. Pris subitement d'une attaque, il meurt dans le coma après 4 à 5 heures. A l'autopsie, destruction des noyaux centraux du côté gauche; envahissement ventriculaire par une grande quantité de sérosité sanguinolente et de caillots sanguins. Dans les noyaux centraux de l'autre hémisphère, nombreuses lacunes et un foyer ocreux. Sur le plancher du 4e ventricule, il existe un peu de piqueté et plusieurs petits foyers hémorrhagiques un peu plus volumineux que ceux des cas précédents; un surtout presque au centre offre le volume environ d'un pepin de raisin; il est déchiré à la partie supérieure et communique avec le ventricule. L'aqueduc est nettement dilaté (v. ci-contre fig. n° 2). Il y a une légère attrition de la substance cérébrale en divers points des ventricules, même à une certaine distance du foyer hémorrhagique.

Voici donc quatre cas d'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire et distension des ventricules par le sang et de la sérosité. Or, dans ces quatre cas, à des degrés divers, il existait de la façon la plus nette un piqueté hémorrhagique, surtout marqué à la surface du plancher du 4e ventricule; parfois il y avait même de petits foyers sanguins avec rupture et de plus une dilatation très nette de l'aqueduc de Sylvius. Le bulbe présentait alors exactement l'aspect des bulbes observés par Duret chez les animaux morts de compression ou de commotion cérébrale. On peut donc supposer que, dans ces cas pathologiques, les choses se sont passées comme dans les expériences de Duret. La rupture des parois des ventricules au niveau des noyaux centraux, l'envahissement par le sang de leurs cavités se font brusquement, il y a donc subitement augmentation considérable de la quantité de liquide ventriculaire normal et reflux brusque de ce liquide vers l'aqueduc de Sylvius et le 4e ventricule. C'est exactement ce que produisait Duret en faisant une injection soit de cire, soit d'eau dans l'intérieur des ventricules (1). D'ailleurs, ce n'est pas là une simple hypothèse, notre observ. VII montre bien que, malgré les trente heures

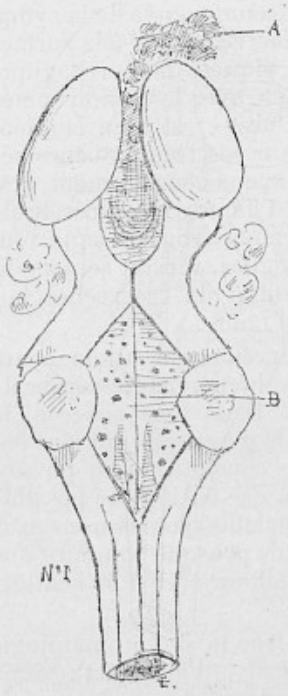


Fig. 75. — Obs. VII. — A. Hémorrhagie ayant pénétré dans le ventricule en détruisant la tête du noyau caudé. — B. Piqueté hémorrhagique, avec petits foyers de dimensions inégales à la surface du plancher du IVe ventricule.

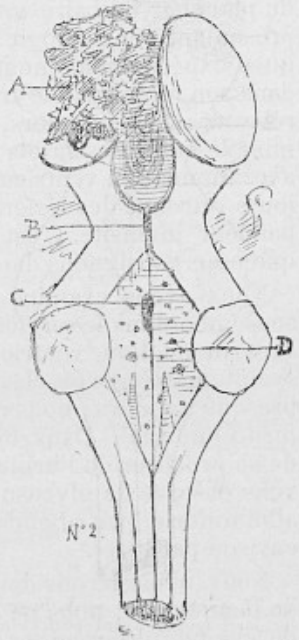


Fig. 76. — Obs. VIII. — A. Foyer hémorrhagique ayant détruit les noyaux centraux. — B. Aqueduc de Sylvius dilaté. — C. Petit foyer hémorrhagique à la surface du plancher du IVe ventricule et présentant une déchirure à sa partie supérieure. — D. Piqueté hémorrhagique.

écoulées depuis la mort de l'individu jusqu'au moment de l'autopsie, le liquide céphalo-rachidien était encore en telle quantité qu'il a brusquement jailli dès qu'une ouverture a été pratiquée dans la paroi des cavités ventriculaires. C'est donc là une preuve matérielle de l'augmentation très marquée de la pression intraventriculaire. D'ailleurs, nous avons pu observer un autre fait, où il a été facile de constater l'existence d'une autre lésion, — l'attrition très marquée de la substance nerveuse bordant le ventricule — lésion qui fait rarement défaut dans les expériences de Duret. Voici en deux mots cette observation :

Obs. IX. — Femme de 45 à 50 ans, ramassée sur la voie publique et amenée dans le coma; stertor, yeux largement ouverts, pupilles contractées. Hémiplégie droite complète avec

(1) Duret, *loc. cit.* p. 195 et 212 et les figures surtout de la planche XIX.

© BIU Santé

un peu de contracture. Le pouls a une rapidité excessive, il est presque incomptable (plus de 150 pulsations) et petit. Elle reste dans cet état, puis semble à un moment reprendre un peu connaissance sans toutefois pouvoir parler et meurt 48 heures après son entrée. A l'autopsie, en enlevant le cerveau, on fait une petite déchirure de la paroi ventriculaire, aussitôt le liquide céphalo-rachidien sort brusquement, formant un véritable jet. Il y a donc là encore comme dans l'observation VII une tension exagérée du liquide contenu dans les ventricules.

Hémorrhagie cérébrale gauche ayant complètement détruit le noyau caudé en sa partie moyenne et perforé la couche optique pour pénétrer dans le ventricule. Sur le plancher bulbaire un piqueté peu marqué, mais la face ventriculaire du côté gauche au niveau des tubercules quadrijumeaux, un peu en avant de l'aqueduc de Sylvius, a subi une attrition profonde qui a détruit la partie superficielle du bord de la cavité ventriculaire, le point semblable du côté opposé étant normal. L'aqueduc est notablement dilaté. (Voir fig. ci-dessous n° 3.)

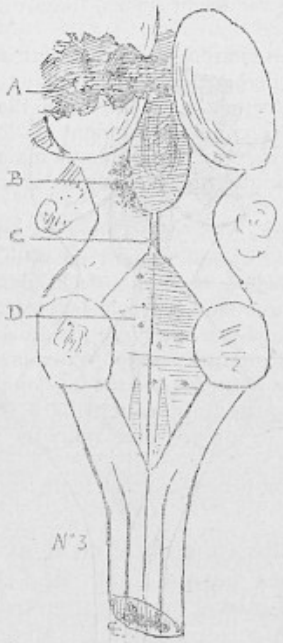


Fig. 77. — Obs. IX. — A. Foyer hémorrhagique ayant perforé la couche optique pour pénétrer dans le ventricule. — B. Attrition très marquée de la paroi ventriculaire en avant de l'orifice de l'aqueduc de Sylvius. — C. Aqueduc dilaté. — D. Piqueté hémorrhagique peu marqué.

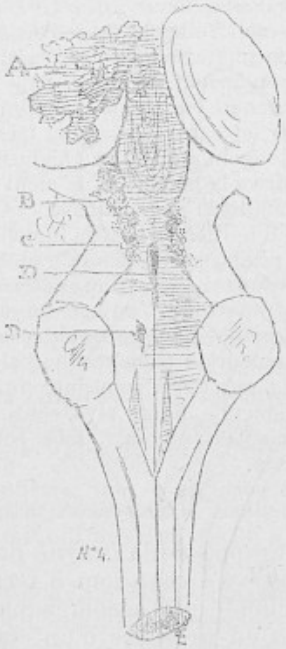


Fig. 78. — Obs. X. — A. Foyer hémorrhagique ayant détruit les noyaux centraux. — B. Attrition marquée de la paroi ventriculaire en avant de l'orifice supérieur de l'aqueduc. — C. Eclatement de l'aqueduc dont les parois sont également le siège d'une attrition considérable. — D. Deux foyers hémorrhagiques ouverts à la surface du plancher du IV^e^ ventricule.

Ne peut-on pas, dans ce cas, mettre cette attrition sur le compte du flot de liquide céphalo-rachidien, qui serait venu frapper brusquement et obliquement contre l'orifice de l'aqueduc de Sylvius, par où il n'aurait pu s'écouler assez rapidement pour venir transmettre le choc sur le plancher ventriculaire et y produire des lésions aussi graves que dans les cas précédents. D'ailleurs, il faut bien le dire, cette attrition de la substance cérébrale se remarque parfois sur bien des points isolés des parois ventriculaires, mais moins marquée qu'au bulbe, et vraiment il paraît bien probable qu'on doit en expliquer la production par une action mécanique, le choc du liquide céphalo-rachidien brusquement projeté contre les parois par l'irruption dans les ventricules de la masse notable du sang provenant de l'hémorrhagie centrale. On sait aussi les raisons mécaniques qui font que cette action doit être plus marquée au niveau de l'aqueduc ou du plancher bulbaire.

On pourrait objecter cependant qu'il s'agit là d'altérations antérieures à l'hémorrhagie : ce serait revenir à l'antique conception du ramollissement hémorrhagipare que rien ne démontre. D'ailleurs, l'existence de ces lésions, surtout à la surface des ventricules et bien moins nettement dans l'intérieur de la substance nerveuse elle-même semble indiquer qu'il s'agit de lésions consécutives à l'hémorrhagie et explicables par le mécanisme du choc du liquide céphalo-rachidien, ainsi que l'a démontré Duret pour la compression cérébrale. D'ailleurs, un fait que nous avons observé semble ne laisser aucun doute à cet égard. Dans ce cas, il y a non seulement attrition des parois ventriculaires, mais éclatement complet de l'aqueduc avec foyers hémorrhagiques ouverts à la surface du plancher bulbaire. La précaution que nous avons prise ici, comme dans tous les cas d'ailleurs, d'enlever le cerveau nous-même et avec grand soin, nous permet d'affirmer que toutes les causes d'erreur, provenant de la fragilité du cerveau en pareille circonstance, ont été absolument évitées. Voici d'ailleurs cette observation :

Obs. X. — Homme de 40 à 45 ans, apporté dans le coma. On constate une paralysie du facial inférieur à gauche ; hémiplégie gauche avec contracture ; parésie très marquée du côté droit. Pupille droite dilatée, tandis que la gauche est contractée ; strabisme divergent, cœur volumineux, battements forts réguliers. (P. 75). Respiration absolument arythmique rappelant le type de Cheyne-Stokes d'une façon irrégulière. Il meurt 12 heures après son entrée. A l'autopsie, en enlevant le cerveau, il sort un peu de sérosité rougeâtre par la tige du corps pituitaire et en bien plus grande quantité par le confluent postérieur au niveau de l'angle inférieur du 4^e^ ventricule. Du côté droit il existe à la surface externe du noyau lenticulaire un volumineux foyer ancien dans lequel il s'est produit une hémorrhagie récente assez abondante ayant envahi le noyau lenticulaire dans lequel elle est enkystée et comprimant la capsule interne. De ce côté la paroi ventriculaire est saine. A gauche il existe un énorme foyer hémorrhagique ayant presque le volume du poing ; il a complètement détruit les noyaux centraux et une certaine partie de la substance blanche avoisinante. Tout autour, ce qui reste des parois ventriculaires de ce côté présente une attrition considérable surtout marquée en avant de l'orifice supérieur de l'aqueduc de Sylvius. Celui-ci a d'ailleurs éclaté ; on peut y introduire facilement l'index ; ses parois sont le siège d'une attrition extrêmement marquée. A la surface du plancher du 4^e^ ventricule il existe seulement deux foyers hémorrhagiques d'un certain volume pénétrant à une petite profondeur dans l'intérieur du bulbe et déchirés à leur partie supérieure à la surface du plancher du 4^e^ ventricule. (Voir ci-contre fig. n° 4.)

Cette dernière observation, on le voit, est bien nette et présente une telle identité avec les faits expérimentaux de Duret, qu'il paraît difficile de l'interpréter autrement. D'autre part, si on la rapproche des observations précédentes, on peut remarquer les analogies qu'elles présentent toutes au point de vue anatomo-pathologique, d'où une identité bien probable de leur pathogénie.

Quoi qu'il en soit, nous avons voulu dans cette note attirer l'attention sur ces particularités anatomiques, qui sont presque de règle dans l'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire. Nos dix observations montrent leur fréquence (8 fois sur 10 cas), et les diverses formes qu'elles peuvent revêtir. Quant au mode pathogénique, nous avons cherché à l'expliquer d'un façon rationnelle par la comparaison avec les expériences de Duret, qui lui ont donné des lésions identiques ; mais, en somme, ce n'est là qu'une hypothèse vraisemblable, il est vrai. Nous tenons seulement à signaler les lésions

© BIU Santé

des parois ventriculaires, de l'aqueduc et du plancher du 4e ventriculaire. Ces lésions, d'ailleurs, ont une importance réelle, car vraisemblablement ce sont elles qui permettent d'expliquer les phénomènes bulbaires qu'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire, et auxquels jusqu'ici on avait l'habitude d'attribuer une origine uniquement sympathique ou réflexe. Tels sont, par exemple, les troubles du rythme respiratoire ou cardiaque que nous avons indiqués dans plusieurs de nos observations et qu'on pourrait expliquer par les altérations des noyaux du pneumo-gastrique.

Ainsi donc les lésions matérielles du plancher bulbaire sont presque de règle dans l'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire, elles s'accompagnent de lésions de voisinage variées : distension ou même éclatement de l'aqueduc de Sylvius, attrition des parois ventriculaires surtout près de son orifice supérieur. C'est ce que nous avons voulu établir dans ce travail; nous souhaitons que la démonstration paraisse suffisante.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. — De l'angine, dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général;

Par **Paul TISSIER**, interne des hôpitaux.

En 1836, dans une revue Vurtembourgeoise, parut un article du professeur Ludwig, de Stuttgart, dans lequel, se basant sur quatre observations, il s'efforçait de constituer une nouvelle entité morbide.

Ce travail, quoique d'assez maigre étendue, fut fort remarqué à l'époque, en raison de la haute situation scientifique de l'auteur et surtout à cause de la netteté de ses conclusions, basées sur la plus rigoureuse et la plus profonde observation clinique.

Combien peu ont eu l'honneur d'attacher leur nom à une maladie nouvelle? Combien de mémoires intéressants, combien de thèses restées dans l'ombre? Il faut le reconnaître, s'il est donné à beaucoup de rencontrer de pareils faits, c'est à un bien petit nombre d'élus qu'il appartient de voir, à un bien plus petit nombre encore d'heureux qu'il est donné de faire accepter leurs idées!

Ludwig fut de ceux-là et nous nous efforcerons, dans ce travail, sans prétention aucune, d'établir que si, après l'engouement qui accueillit les vues de l'auteur, de l'autre côté du Rhin, la période de réaction, qui dure encore, fut rigoureuse et même exclusive, il convient de revenir sur les faits de Ludwig et nous nous estimerons heureux si nous réussissons à montrer que ce qu'il y a de mal fondé dans la dénomination d'angine de Ludwig, vient uniquement de ce qu'on a voulu la faire trop compréhensive. Comprise, comme la comprenait, comme l'observa le savant professeur de Stuttgart, cette affection est rare, mais elle n'en existe pas moins, et ce serait à notre époque faire preuve d'un rigorisme trop absolu que vouloir la rayer sans appel du cadre nosologique, comme le proposent les auteurs les plus modernes.

Nous allons commencer par citer l'observation primitive de Ludwig, que nous emprunterons à l'excellente thèse de M. G. Bœhler, puis après un court historique nous nous efforcerons de présenter une nosographie rapide de la question, insistant beaucoup sur les caractères qui, pour nous, l'isolent nettement des phlegmons de toute nature de la région sous-maxillaire.

Observation I. Prof. Ludwig (1). « Mlle N...., de constitution robuste, sans antécédents morbides, se plaint, à la suite de refroidissements répétés, de douleurs dans la région sous-maxillaire. Quatre jours après le début, on trouve, sur le côté gauche du cou, immobile et comme fixée au maxillaire, une tumeur du volume d'un œuf de poule, peu sensible à la pression sans altération de la peau.

Le lendemain, la tumeur s'est développée et s'étend de l'angle du maxillaire à l'os hyoïde, la bouche ne s'ouvre que difficilement, pas de symptômes généraux.

Le sixième jour, la tuméfaction s'accroît toujours, nettement limitée, dure *comme de la pierre*. Le pharynx présente une rougeur érysipélateuse. Le plancher de la bouche est rouge, saillant, donnant à la palpation la sensation d'un *bourrelet dur* et proéminent, surtout à la face interne du maxillaire inférieur, dysphagie, fièvre assez vive, soif, sueurs profuses, langue saburrale. Selles et urines normales.

Le septième jour, les régions des glandes sous-maxillaire et parotide sont envahies, sans participation de ces glandes au processus : la tumeur proémine fortement à l'extérieur. Plancher buccal très rouge et très dur, considérablement soulevé le long du maxillaire. Déglutition extrêment pénible, la malade n'ouvre la bouche et ne meut la langue qu'avec la plus grande difficulté. Fièvre intense.

Le huitième jour, la tumeur a augmenté dans tous les sens. La région parotidienne gauche est complètement envahie. A droite la tuméfaction s'étend jusqu'à la région de la glande sous-maxillaire, en bas, on ne peut reconnaître le larynx à la palpation. *Langue refoulée en haut et en arrière* par le soulèvement du plancher buccal. Parole indistincte. Voix croupale, on peut à peine introduire le petit doigt dans la bouche. Dysphagie, fièvre vive, continue, insomnie, cauchemars, soubresauts tendineux, face rouge, colorée, yeux saillants injectés.

A partir de ce jour, amélioration progressive et lente; guérison vers la troisième semaine.

Frappé de la gravité de cette affection dont il avait observé 4 cas, dont 3 terminés par la mort, de l'état typhoïde qui l'accompagnait, Ludwig crut qu'il se trouvait en présence d'un état infectieux spécial. Mêmes symptômes généraux, même marche, même gravité, tout semblait le confirmer dans cette opinion.

C'est tout ce que nous retiendrons de son travail, le fruit d'une observation clinique approfondie, car du même coup il traçait magistralement les traits de l'évolution clinique et il pressentait la nature d'une affection encore inconnue.

Cédant à ce besoin d'hypothèses, qui fut surtout l'apanage de son époque, il crut devoir ranger cette nouvelle affection dans le cadre de l'érysipèle. Voici ses conclusions : Il y a ici deux facteurs à considérer, la nature érysipélateuse et l'état nerveux spécial du sujet. (Influence objective, influence subjective, en termes d'aujourd'hui contage et terrain.) « *Par son facteur érysipèle, la maladie favoriserait la disposition à l'inflammation gangréneuse, comme dans le furoncle malin, tandis que, par son facteur nerveux, elle prédisposerait à l'induration et à la paralysie comme dans la parotidite maligne.*

Les observateurs de l'époque acceptèrent pleinement les idées de Ludwig, touchant le caractère infectieux et spécial de l'affection et ils rapportèrent, sous différents vocables, un certain nombre de faits nouveaux :

(1) *Über eine neue Art von Hälsentzündung. — Würtemb. Corresp. Blatt*, 1836, tome VI, nº 4, page 21. D'après G. Bœhler. Thèse de Paris, 1885.

© BIU Santé

Schmetzer (1), Theurer (2), Bermann (3), Timpe (4), Spengler (5), Zillner (6), Camerer (7), etc., (cynanche sublingualis, cynanche sublingualis typhoïdes, cynanche sublingualis rheumatico-typhoïdes).

Mais vint la période où l'on chercha à expliquer anatomiquement tous les faits, époque essentiellement localisatrice faisant, aussi minime que possible, la part des affections *totius substantiæ* ; et les auteurs s'efforcèrent de faire rentrer les faits précédemment décrits dans les processus connus.

Heyfelder (8) y voit une gangrène primitive, qu'il n'explique pas du reste elle-même.

Blasberg (9), le premier, soupçonne une origine lymphatique et il va chercher la cause dans une périostite alvéolo-dentaire, nous verrons plus loin tout ce qu'il y avait de juste dans cette remarque, qui n'était autre qu'une vue de l'esprit.

Cnopf (10) suivit le même ordre d'idées, mais remarquant déjà que les lésions dentaires, pour être fréquentes, n'étaient pas constantes (cas de Heyfelder), donna pour point de départ de la lymphandénite l'inflammation primitive des cryptes amygdaliennes.

Von Thaden (11) fut plus généralisateur encore et il reconnut pour foyer originel toute lésion buccale en général, et il fit de l'angine décrite par Ludwig un bubon sous-maxillaire. Cette conception nouvelle et d'une largeur de vue remarquable mérite qu'on s'y arrête, et nous verrons plus loin dans la discussion de la pathogénie, qu'elle doit être sérieusement discutée.

Avant d'arriver à la période contemporaine, citons encore l'opinion de F. Murchison (12) qui, observant aux îles Hébrides, croit qu'une condition de son développement est une constitution débile, scrofuleuse, misérable. Les faits, du reste, ne semblent pas devoir faire accepter les vues de l'auteur.

Pour Gillette, dans son remarquable article Cou, du *Dictionnaire encyclopédique*, neuf fois sur dix, il s'agit d'un adéno-phlegmon.

Pour Tillaux (13) voici la pathogénie : Carie dentaire, ostéopériostite alvéolo-dentaire, adénite consécutive, péri-adénite et adéno-phlegmon sous-aponévrotique.

Dans une thèse récente, G. Bœhler (14), après avoir rapporté de nombreuses observations, croit pouvoir conclure ainsi : « L'angine de Ludwig n'est pas une entité morbide spéciale, de nature infectieuse, se distinguant par ses caractères cliniques et par ses lésions anatomiques des autres processus inflammatoires de la région du cou.

« Il s'agit, dans tous ces cas, de simples phlegmons gangréneux secondaires, dont on peut toujours trouver le foyer d'origine dans la région même.

« La dénomination d'angine de Ludwig doit être rejetée, elle prête à confusion, parce qu'elle implique l'idée d'essentialité ; elle est superflue, *parce qu'elle a été attribuée à des cas qui rentrent sans peine dans les cadres classiques de la pathologie.* »

Nous avons souligné à dessein les derniers mots de ces conclusions, que nous avons tenu à reproduire mot pour mot, en raison de la valeur de la thèse, et aussi pour nous en servir plus loin dans la discussion pathogénique de la maladie.

Maintenant que nous avons constaté l'unanimité des auteurs modernes à nier cette entité nosologique, nous arrivons au seul partisan des idées de Ludwig, au professeur W. Roser (1), qui avec toute l'autorité incontestée qui s'attache à son nom, s'est fait le défenseur convaincu et le champion acharné de la thèse ancienne.

Roser, en raison de la gravité de l'affection, de l'acuité de ses symptômes généraux, de la dureté ligneuse de la tumeur, de l'absence de la fluctuation, de la terminaison rapide par gangrène, de sa fréquence chez les militaires, 7 cas sur 20, définit l'angine de Ludwig : « *Une inflammation primitive de la glande sous-maxillaire et de son atmosphère celluleux, épidémique, provoquée par un agent infectieux de nature encore indéterminée.* »

Après cet exposé historique, peut-être un peu plus long que nous ne l'eussions voulu, mais intéressant à plus d'un titre, nous entrons dans la description anatomique et clinique de l'affection, glissant rapidement sur certains points incontestés, nous réservant de placer nos observations au cours de la description, afin d'en tirer plus à l'aise les arguments en faveur de notre opinion.

Définition.

« Sous le nom d'angine dite de Ludwig, ou mieux angine infectieuse sous-maxillaire nous entendrons un processus infectieux, septique, *forcément* et *toujours* identique à lui-même, quant à son germe pathogène, secondaire à une lésion primitive vulgaire de la cavité buccale, porte d'entrée de l'agent morbifique, caractérisée, par une induration, à tendance gangréneuse, à marche envahissante, de la région sus-hyoïdienne, par une évolution clinique propre, et accompagnée de symptômes généraux graves. »

Cette définition est longue, elle était nécessaire si l'on veut s'entendre sur la portée limitée du sujet. Avec Roser, avec Ludwig, nous admettons le caractère infectieux, mais nous nous séparons complètement du premier sur la localisation de l'acte pathologique et nous en revenons à l'idée émise il y a longtemps par von Thaden (2) en la modifiant à notre point de vue.

Symptomatologie.

Un sujet, souvent dans la force de l'âge, 25 à 30 ans, de bonne santé habituelle, à la suite de refroidissements répétés, quelquefois sans cause appréciable est pris de petits frissons et de légers mouvements fébriles vespéraux.

Ce n'est encore qu'un malaise vulgaire, une fatigue mal déterminée, une sensation de courbature généralisée : la bouche est sèche, amère, les mouvements de déglutition provoquent une vague douleur musculaire, encore indécise ; la céphalalgie, par son caractère sourd, gravatif, trouble le repos.

Après un ou deux jours de cet état, vaguement défini, survient une tuméfaction, indolore d'abord, vers la région de la glande sous-maxillaire, plus rarement

(1) *Würtemberg. mediz. Corresp. Blatt.*, 1836.
(2) *Würtemberg. Corresp. Blatt.*, 1836.
(3) *Casper's Wochenschrift für d. allgemeine Heilkunde*, 1840.
(4) *id* *Fall von Cynanche rheumatico-typhoides.*
(5) *Deutsche Klinic*, 1851.
(6) *Œsterreichische medicinische Wochenschrift*, 1845.
(7) *Uber Cynanche sublingualis.* (Wurt. Corresp. Blatt, 1837.)
(8) *Studien in Gebiete der Heilwissenschaft.* Stuttgart, 1838.
(9) *Casper's Wochenschrift*, 1846.
(10) *Deutsche Klinik*, von A. Joschen, 1849.
(11) Schmidt's Jahrb, 1872.
(12) *British. med. journal*, 1875. In *revue de Hayem VIII.*
(13) *Traité d'anatomie topographique.*
(14) Thèse de Paris, 1885.

(1) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1883.
(2) *Loco citato.*

© BIU Santé

dans la région parotidienne. Les mouvements spontanés sont déjà pénibles. Le malaise s'accentue, mais l'état général est peu troublé.

Vers le quatrième jour en moyenne, le tableau s'assombrit : la langue est immobilisée, la salivation abondante, la tuméfaction sous-maxillaire prend des proportions rapidement croissantes. La peau reste normale, ni rouge, ni œdématiée, ni veinulée ; la palpation, peu douloureuse, montre, faisant corps avec le maxillaire inférieur, une tumeur dure, ligneuse, immobile, nettement limitée du côté des parties molles. La langue, parfois tuméfiée, est repoussée par le soulèvement du plancher buccal. Le doigt, introduit dans la bouche, permet d'apercevoir la muqueuse sublinguale rouge intense, violacée, formant bourrelet au niveau de la face interne du maxillaire. L'isthme du gosier est parfois rouge, tuméfié, mais le fait n'est pas constant ; on rencontre d'ordinaire, en même temps, à la condition d'un examen minutieux, soit une carie dentaire, soit une vésicule d'herpès ulcérée, soit une exulcération aptheuse, etc. Mais déjà, à ce moment, l'ouverture de la bouche est tellement pénible et douloureuse, qu'à moins de recherches patientes et laborieuses, on ne peut toujours retrouver cette particularité.

La tuméfaction poursuit rapidement sa marche envahissante, contournant la symphyse du menton, s'étendant jusqu'à la région parotidienne, dépassant en bas le niveau de l'os hyoïde, comprimant mécaniquement et le canal pharyngo-œsophagien et l'orifice laryngien et les troncs nerveux et vasculaires de la région.

La tête est roide, immobile, comme soudée au tronc, un peu inclinée vers le côté lésé, pour éviter la pression du sterno-mastoïdien sur les parties tuméfiées. La peau reste indemne, la tumeur est dure comme de la pierre, toujours médiocrement douloureuse à la pression. La langue est refoulée en haut et en arrière vers le voile palatin, par la saillie considérable que forme le plancher buccal, toujours livide, violacé, dur et nulle part fluctuant.

Le faciès est frappant : la face se continuant directement avec le cou, semble allongée dans le sens vertical, l'aspect est grotesque, quelque peu bestial, la physionomie exprime la souffrance, l'anxiété ; la bouche est légèrement entr'ouverte, les lèvres sales, les ailes du nez animées de mouvements précipités, le visage vivement coloré ou plus souvent plaqué, terreux, plombé comme dans les états infectieux, les yeux saillants, injectés, entourés d'un cercle bistré intense.

La température monte à 38°,5, 39° *sans grandes oscillations*, le pouls est fréquent, ample, la soif vive, les sueurs profuses, les urines rares, rouges, sédimenteuses, quelquefois légèrement albumineuses.

Nous sommes arrivés au septième jour environ de la maladie, nous allons maintenant assister au développement rapide du processus gangréneux, point critique s'il en fut, car si la terminaison doit être fatale, elle est dès lors imminente et toujours presque inéluctable si l'on n'intervient activement.

En effet, la tumeur a envahi toute la région cervicale, respectant la face, ses limites, quoique nettes, sont cependant plus vagues ; il est impossible de reconnaître et d'explorer le larynx, enveloppé dans une cuirasse de pierre. La langue est plus ou moins envahie, et sur le plancher buccal surtout au voisinage du maxillaire, commencent à se dessiner sur le fond violacé et bleuâtre de petites taches brunes donnant une fausse sensation de fluctuation.

A l'extérieur, par places, surtout au niveau de l'angle de la mâchoire, on peut retrouver de petites plaques, recouvertes d'une peau encore peu altérée, faisant une légère saillie, et dont le diamètre varie de celui d'une pièce de 0,50 à celui d'une pièce de 5 fr. Mais pas de fluctuation dans toute cette carapace de fer qui enserre le cou du patient et l'étrangle.

La compression mécanique du larynx, la presque impossibilité de la respiration buccale, la participation de l'orifice laryngien au processus, rendent la dyspnée intense. La respiration est courte, fréquente, l'inspiration est sifflante, obtenue par la contraction, pourtant fort douloureuse, de tous les muscles, la toux est pénible, paroxystique. Elle est suivie d'un état asphyxique effrayant, les yeux s'injectent violemment, la face se cyanose, les lèvres bleuissent, les extrémités sont froides et visqueuses, et le malade peut mourir en proie aux convulsions de l'asphyxie. La dyspnée rend tout sommeil impossible, la phonation est confuse, la parole inintelligible, la voix rauque, sourde, croupale.

L'alimentation est impossible par suite de l'état de la bouche, la fièvre se maintient à 38°,5, 39, le pouls s'accélère et perd son ampleur, l'haleine est fétide, les urines chargées, rares, sont souvent albumineuses.

C'est à cette époque que l'on peut voir survenir les symptômes de l'état infectieux sur d'autres organes ; à côté de l'albuminurie, on a noté des manifestations articulaires, s'attaquant de préférence aux grandes articulations. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Si les symptômes asphyxiques ne prédominent pas au point d'absorber l'attention à leur profit, les phénomènes d'intoxication septique, l'état typhoïde survient aussi complet, aussi terrible que possible : le délire devient continu, le malade est en proie à des hallucinations pénibles, son pouls est dur, rapide, et le facies s'altère ; les sueurs profuses, une diarrhée fétide, des soubresauts tendineux complètent le tableau.

Mais en même temps on voit apparaître du côté du cou des phénomènes nouveaux. Les plaques noires que nous avons signalées à l'instant dans le plancher de la bouche, se ramollissent et laissent suinter une sanie grisâtre, quelquefois noirâtre, horriblement fétide, qui s'écoule continuellement de la bouche du malade à peine entr'ouverte.

Les plaques cutanées que nous avons décrites deviennent à leur tour rouges, œdématiées, chaudes, on y perçoit une vague sensation de fluctuation ; si la peau se ramollit spontanément, ce qui est loin d'être la règle, ou si l'on intervient, il s'écoule un liquide rempli de détritus noirâtres, analogue à celui des ouvertures de la bouche.

La maladie doit-elle se terminer par la mort, la température monte rapidement, l'état général devient celui de l'adynamie la plus profonde, et le dénouement fatal survient dans le coma.

Tout au contraire, quand l'évolution doit être favorable, les symptômes généraux s'atténuent légèrement, les oscillations du thermomètre sont plus amples, la dyspnée s'apaise assez rapidement, la dysphagie persiste au contraire fort longtemps. Les mouvements de la mâchoire sont encore gênés pendant une période qui se prolonge quelques semaines, la tumeur, toujours dure, ramollie par petits foyers, semble s'éliminer par les orifices buccaux et cutanés, et ce n'est qu'avec une lenteur désespérante que l'on suit sa disparition progressive.

Le facies pâle, jaune sale, du sujet, montre combien a été profonde l'atteinte de l'organisme. (*A suivre.*)

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La médecine d'imagination (1).

La découverte par Burq de l'action physiologique des métaux appliqués sur les téguments, a conduit à étudier le rôle de quelques autres agents tels que vésicatoires, collodion, aimant, électricité faradique, vibrations du diapason, etc. ; et on a bientôt reconnu que ces divers agents avaient, relativement aux phénomènes hystériques, la même action que les applications métalliques. Des effets analogues, produits par les excitations des sens spéciaux (2) paraissent indiquer que tous ces *esthésiogènes*, comme on les a appelés, agissent sur les organes de la sensibilité générale ou spéciale.

Les phénomènes produits par ces différentes excitations chez les hystériques hémianesthésiques et hémiparétiques, sont constamment les mêmes, à des degrés divers, même si on les applique sur le côté le moins atteint (3), on observe une augmentation de la force musculaire, et de la sensibilité générale et spéciale, et, en outre, une augmentation de volume du membre, c'est-à-dire un afflux de sang plus considérable (4), rendant compte de l'élévation de la température et de la diminution de la résistance électrique.

D'autre part, après la renaissance de l'hypnotisme, sous l'impulsion des travaux de M. Charcot et de ses élèves, on reprit les anciennes expériences des magnétiseurs, dont la sincérité fut enfin reconnue sur beaucoup de points ; ce qui, la veille, paraissait indigne d'un examen scientifique, passa d'emblée à l'état de notion anciennement acquise. Dès que l'hypnotisme eut acquis droit de cité dans la science, on fit partout des expériences, et on vit même surgir un grand nombre d'observations anciennes qu'on avait prudemment mises en réserve.

Il fallait toutefois bien reconnaître la possibilité de la guérison de troubles névropathiques sous l'influence de la suggestion : L'observation célèbre de Russell Reynolds avait déjà montré, d'ailleurs, en dehors de tout sommeil hypnotique, le rôle de la suggestion dans le traitement de ce que cet auteur avait appelé les *paralysies par idée*.

Les faits de guérison par suggestion se sont multipliés, sont devenus d'observation vulgaire ; et même le domaine de la thérapeutique suggestive paraît, comme dans les mains de Braid, sortir du domaine de la pathologie nerveuse : on a cité récemment des faits de guérison d'affections rhumatismales sur lesquels il est permis de faire quelques réserves.

La valeur thérapeutique de la suggestion est même si bien établie dans certains esprits, qu'on en est arrivé à soutenir que c'est à elle qu'il faut attribuer le rôle des agents esthésiogènes ou dynamogènes que nous citions tout à l'heure. On en vient à nier la réalité du processus de la guérison par ces agents, du transfert, ce curieux phénomène, découvert par M. Gellé, et étudié tout d'abord par la Commission de la Société de biologie. M. Bernheim attribue aujourd'hui à la suggestion ce que M. Carpenter attribuait à l'*expectant attention* : les deux interprétations ne diffèrent guère, car nous verrons plus loin que la suggestion et l'attention sont deux processus psychologiques connexes.

Il me semble que, pour en être arrivé à attribuer à l'*idée* un rôle si important à l'exclusion des excitations périphériques, il faut considérer comme tout à fait faux le vieil adage : *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*. Or, une démonstration ne serait pas superflue, car cette formule ne me paraît pas démodée ; M. Wundt dit encore, non sans bonnes raisons : « Nulle part on ne peut démontrer que, dans la conscience, les représentations naissent sans excitation sensorielle antérieure. » Il nous sera peut-être possible de démontrer que c'est précisément parce qu'elle détermine dans les centres nerveux de certains sujets les mêmes modifications dynamiques, que la suggestion est capable de produire tous les phénomènes qui résultent des excitations périphériques.

Mais, avant de tenter une étude physiologique de la médecine d'imagination, il est nécessaire d'établir une distinction.

---

(1) Voir notre précédent article sur le même sujet : *Progrès médical*, 1884, p. 309.

(2) *Bull., soc. biologie*, 1885, p. 692, ibid, 1886, pp. 389, 399, 429.

(3) Ch. Féré. *Transfert de la force musculaire chez les hystériques* (*Bull., soc. biol*, 1885, p. 590). — *Notes pour servir à l'histoire de l'amblyopie hystérique* (*Ibid*, 1886, p. 389).

(4) Il résulte de mes recherches sur ce point que toutes les excitations périphériques, qu'elles portent sur les organes de la sensibilité générale ou sur ceux de la sensibilité spéciale, déterminent d'abord une suractivité fonctionnelle, se traduisant, surtout du côté excité, par une augmentation de la sensibilité générale et spéciale et une augmentation parallèle de la force musculaire qui coïncident avec une dilatation des vaisseaux périphériques se manifestant par une augmentation de volume des membres. Les effets de l'excitation se manifestent d'abord et avec plus d'intensité sur l'organe excité, et ils sont, jusqu'à une certaine limite, proportionnels à l'intensité et à la durée de l'excitation. Soit, par exemple, une hystérique avec hémianesthésie et hémiparésie prédominantes à gauche : elle ne voit que le rouge de ce côté, et il ne lui manque que le violet à droite. On l'expose à la lumière rouge pendant quelques minutes : elle voit alors le violet de l'œil droit et sa sensibilité différentielle pour le rouge augmente à gauche ; en même temps l'acuité visuelle, le champ visuel et la sensibilité tégumentaire de l'œil s'accroissent ; si l'excitation est prolongée, la sensibilité des autres centres augmente de même, le transfert se fait, puis les oscillations consécutives, et en fin de compte il reste pour un temps une augmentation générale de la sensibilité et de puissance musculaire. On peut obtenir les mêmes effets, mais à des degrés moindres, avec l'orangé, le vert, etc., et avec les excitants des autres sens : une excitation modérée de l'ouïe ou de l'odorat, etc., produit exactement le même effet ; de même les excitants cutanés : chaleur, électricité, sinapismes, métaux, aimant, etc. ; en somme, l'organisme fait une application de la loi de l'équivalence des forces en réagissant de la même manière aux excitations par la lumière, le son, la chaleur, l'électricité, les vibrations mécaniques. Si l'excitation est trop intense, ou est prolongée suffisamment, au lieu d'une suractivité fonctionnelle générale, on produit la fatigue et l'épuisement ; ainsi les excitations fortes ou prolongées de la vue, de l'ouïe, du tact, etc., peuvent déterminer des paralysies, des anesthésies. Toutes les excitations dont on se sert pour produire le sommeil nerveux, sont capables à un degré moindre de déterminer sur une suractivité fonctionnelle : c'est précisément parce qu'elles produisent une suractivité, qu'elles sont capables d'amener l'épuisement. Ces observations se trouvent d'accord avec celles de Vintschgau et Dielt, qui ont constaté que l'usage de petites quantités de vin diminue le temps de réaction, tandis que de fortes doses l'augmentent : on peut voir le même phénomène se reproduire sous l'influence de doses croissantes d'éther. Bon nombre de ces phénomènes d'excitation et d'épuisement que je signale chez les hystériques, M. Brown-Séquard les produit sur les animaux, et on ne l'a pas encore accusé de faire de la suggestion. Ces modifications de la sensibilité sous l'influence de tous les excitants périphériques et de toutes leurs représentations mentales rendent compte des oscillations du temps de réaction suivant le moment ; et elles expliquent les différences que l'on remarque dans les différentes explorations de la sensibilité chez les hystériques, dont l'instabilité mentale est liée à une instabilité organique.

© BIU Santé

Tout ce qui provoque une idée ou une représentation mentale capable de faire cesser un trouble fonctionnel constitue un élément de la thérapeutique suggestive ; les agents de la médecine d'imagination sont exclusivement des *images*, des représentations de mouvements ou de sensations. Dans un précédent article (1), j'insistais sur la nécessité d'établir le diagnostic psychogénique avant d'entreprendre la thérapeutique suggestive qui consiste à substituer à l'idée qui a déterminé un trouble fonctionnel, une idée adverse qui aura pour conséquence de faire cesser ce trouble : lorsqu'on a reconnu qu'un délire est la conséquence d'une hallucination, il faut agir sur l'hallucination par le procédé inverse qu'on emploierait pour la faire naître, par une suggestion négative. L'observation nous montre que l'idée pathogène peut prendre naissance pendant la veille, mais qu'elle est en général renforcée par le rêve du sommeil naturel ; on la provoque avec la plus grande facilité dans le sommeil artificiel. De même l'idée curative.

Si certaines formes de sommeil peuvent être utilisées avec plus de succès pour la suggestion thérapeutique, cela tient précisément à ce que les sujets qui sont susceptibles de le présenter, ont une sensibilité plus vive à toutes les excitations, des représentations mentales plus fortes, des rappels de sensation ou de mouvement plus précis ; c'est en un mot que les sujets ainsi préparés *imaginent* avec plus d'intensité.

La *médecine d'imagination*, ainsi comprise, se distingue de la *thérapeutique hypnotique*, dans laquelle le sommeil artificiel est lui-même l'agent curatif de quelque façon d'ailleurs qu'il ait été produit. On a quelquefois confondu, et bien à tort, ces deux procédés thérapeutiques, le sommeil provoqué et la suggestion (2). Ils sont loin d'avoir la même valeur.

I. Le sommeil artificiel, qu'il soit provoqué par des agents médicamenteux ou par les différents procédés d'épuisement nerveux qui amènent les sommeils hypnotiques, n'a souvent qu'une action suspensive et momentanée sur les troubles fonctionnels, névralgies, contractures, etc., etc. ; mais à lui seul, il amène rarement la disparition complète des phénomènes, s'ils ne sont pas essentiellement fugitifs de leur nature. Dans certains cas, par exemple, il semble que la morphine ne fasse qu'entretenir la cause de l'irritation douloureuse. Il en est souvent de même pour le sommeil nerveux ; et il ne faut pas ignorer que, dans bon nombre de circonstances, ce sommeil, tout comme les autres sommeils artificiels provoqués par le chloroforme, la morphine, etc., est capable de déterminer des accidents névropathiques jusqu'alors inconnus du sujet. Beaucoup d'hystériques étaient prises d'accidents convulsifs autour du baquet de Mesmer, et beaucoup de magnétiseurs ont provoqué des attaques de contracture que quelques-uns ont prises pour de la catalepsie. Cette notion n'est pas à dédaigner ; elle doit faire garder une certaine réserve dans l'usage du sommeil nerveux en thérapeutique : un médecin voulant guérir une névralgie intercostale par la méthode hypnotique, vit se développer une contracture presque générale qui dura plusieurs semaines.

En général, on peut dire qu'il ne faut recourir au sommeil nerveux que lorsque les sujets offrent des troubles qui ont résisté aux moyens thérapeutiques ordinaires ou qui, du moins, nécessitent une intervention énergique ; car si les manœuvres hypnotiques sont souvent inoffensives, il peut en être autrement. La prohibition des démonstrations publiques provoquée en Italie par le corps médical paraît avoir été motivée par des troubles nerveux ou mentaux survenus à la suite des manœuvres hypnotiques d'un charlatan, auquel il faut reconnaître une certaine expérience (1). Enfin, il est prudent de ne provoquer le sommeil qu'en présence d'une ou de plusieurs personnes : en effet, on ne peut pas prévoir dans quel état sera plongé le sujet ; quelques-uns sont éminemment suggestibles par les gestes, les odeurs, etc., d'autres offrent des *zones idéogènes* multiples, des *zones érogènes* dont le moindre contact peut avoir les effets les plus compromettants s'il reste au réveil quelque trace du délire provoqué par ces irritations.

Toutefois, chez les hystériques caractérisées, à manifestations convulsives intenses, chez lesquelles par conséquent le sommeil provoqué ne peut guère déterminer que des accidents qui existent déjà, il est avéré que le nombre et l'intensité des attaques peuvent être grandement atténués par les manœuvres hypnotiques : plusieurs hystériques de la Salpêtrière, entrées pour des attaques, n'en ont jamais tant qu'elles sont soumises au sommeil hypnotique, en dehors de toute suggestion. Il est du reste possible de démontrer chez bon nombre de sujets, que la production du sommeil nerveux s'accompagne constamment d'une décharge musculaire (2) qui peut rendre compte de l'épuisement de l'hyperexcitabilité morbide, et faire rapprocher le sommeil hypnotique du sommeil naturel qui résulteraient l'un et l'autre de l'épuisement nerveux (3).

Il faut remarquer d'ailleurs que quelquefois le sommeil nerveux a quelque chose de plus qu'une simple action hypnotique : chez les magnétiseurs le sujet sait, lorsqu'on l'endort, que les manœuvres auxquelles on se livre, ont un but thérapeutique ; et, dans quelques cas, le sommeil provoqué peut être considéré comme appartenant à la médecine d'imagination : que la suggestion soit l'œuvre du malade ou celle du médecin, elle n'en existe pas moins.

Nous nous arrêterons plus longuement sur la médecine d'imagination proprement dite ou thérapeutique suggestive.

CH. FÉRÉ.

(1) *La médecine d'imagination* (*Progrès médical*, 1884, p. 309).
(2) Grasset. *Du sommeil provoqué comme agent thérapeutique* (thérapeutique suggestive) (*Semaine médicale*, 1886, p. 205).

(1) Autant que j'ai pu voir, les suggestions à l'état de veille impressionnent plus déplorablement le sujet que les suggestions dans le sommeil somnambulique ; ce qui peut s'interpréter par ce fait que l'individu somnambulisé est une autre personne dans cet état, et qu'il n'a en général au réveil aucun souvenir de ce qui s'est passé.
(2) La contraction musculaire et le relâchement qui lui succède coïncident avec une augmentation de volume des membres suivie d'une rétraction d'autant plus grande que l'augmentation a été plus considérable.
(3) *Bull. soc. biologie*, 1886, pages 178, 195, 220, 389 ; *Revue philosophique*, juillet, 1886. — Les sommeils médicamenteux sont souvent précédés d'une période appréciable d'excitation ou d'euphorie. On a constaté que, sous l'influence de l'injection de morphine, il se produit d'abord une diminution du temps de réaction, puis une augmentation.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Session de Nancy

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

PRÉSIDENCE D'HONNEUR DE M. TOURDES (de Nancy).

Séance du samedi 14 août (soir).

M. DESHAYES a eu l'occasion d'observer deux cas bien nets de *récidive de la fièvre typhoïde*. Il ne s'agit pas de fièvre relapse, de réitération, mais bien de récidive dans l'acception du mot, c'est-à-dire d'individus ayant présenté à trois ans de distance deux fois la fièvre typhoïde. — M. Deshayes croit que depuis quelques années la fièvre typhoïde tend à changer d'allures et il invoque à l'appui de son dire la tendance actuelle des typhiques à présenter du muguet.

M. BERNHEIM. — Les cas de récidive sont fréquents et la première attaque est la plus grave. On peut presque nier la non-immunité de la fièvre typhoïde.

M. ROCHARD. — Les maladies infectieuses ne paraissent pas conférer une immunité absolue, mais relative.

M. LAYET.— La rougeole récidive à Bordeaux; bien d'autres maladies infectieuses aussi.

M. BOUCHARD a observé 20 0/0 et plus de cas de récidive. Les rechutes sont ordinairement plus légères, plus courtes et peuvent se succéder. Il paraît que la fièvre typhoïde peut présenter des modifications, et on peut attribuer cela à des modifications d'activité de l'agent infectieux ou bien au milieu, au terrain où se développe le microbe, c'est-à-dire l'homme lui-même.

M. LANDOWSKI croit qu'il faut tenir compte des influences climatériques et telluriques.

M. MAUREL pense que le bénéfice de l'hérédité, auquel M. Bouchard a fait un peu allusion, ne peut pas toujours être invoqué.

M. BOUCHARD.—En somme, il y a une espèce d'acclimatement conféré par une série de petites atteintes de la maladie à peine perçues.

M. SEILER fait connaître la façon dont il traite les *tuberculeux pulmonaires par les inhalations d'acide fluorhydrique*. Il soumet ses malades à des inhalations pendant des séances journalières qui durent chaque fois une heure et ces séances se sont répétées de 20 à 30 fois chez divers malades.

Il faut faire barboter l'air à l'aide d'un soufflet de bijoutier, dans un mélange d'eau et d'acide fluorhydrique contenu dans un flacon de gutta-percha, dans les proportions suivantes :

Eau.	150 gr.
Acide fluorhydrique.	50 —

L'air une fois chargé de vapeurs fluorhydriques est chassé dans une salle dans la proportion d'environ dix litres par mètre cube. C'est dans cette salle que séjournent les malades qui veulent bien se soumettre aux inhalations fluorhydriques.

Ces inhalations sont d'une innocuité absolue. Il affirme qu'on obtient grâce à elles une amélioration notable.

M. NEPVEU pense que, par l'examen du sang, on peut savoir si une tumeur mélanique a déjà envoyé par les vaisseaux des colonies viscérales. En effet, si l'on examine le sang d'un malade porteur d'une telle tumeur, on peut voir qu'il contient des granulations mélaniques à l'état libre; que les globules blancs sont devenus en tout ou en partie mélaniques par l'absorption des granulations libres du sang; qu'on y observe aussi des moules vasculaires très fins, couverts de granulations mélaniques. Aussitôt que l'ablation est faite, ces embolies vasculaires diminuent rapidement de nombre et d'importance; elles reparaissent en grande quantité lorsque la tumeur première récidive. Une opération palliative peut donc n'être pas sans résultat.

M. ROHMER (de Nancy) fait connaître dix observations de cataractes séniles incomplètement mûres et dont il acheva l'opacification des couches corticales par la discision de la cristalloïde antérieure avec manège de l'œil. Il conclut de ses recherches que la maturation artificielle peut être employée pour les cataractes séniles incomplètement mûres, dans lesquelles, pour cette raison, l'extraction trop hâtive était contre-indiquée. Si le résultat reste incomplet, on peut l'achever en faisant une iridectomie, complémentaire de la maturation et préventive pour l'extraction. Si malgré cela il persiste quelques débris de substance corticale dans le champ pupillaire, les moyens adjuvants employés ordinairement arrivent à donner une pupille suffisante.

Séance du 18 août.

M. DE PEZZER a administré la *naphthaline dans certaines affections des voies urinaires*, en particulier dans celles qui qui sont accompagnées d'urines fétides et de troubles de la miction; les résultats obtenus sont très encourageants. Il la donne à la dose quotidienne de 1 gr. 50 dans la pyélonéphrite la cystite, la prostatite avec stagnation d'urine, rétrécissement ancien avec fistules multiples. On n'a constaté aucun phénomène fâcheux du côté des voies digestives. Cette subtance n'augmente pas le nombre des mictions; elle a, au contraire, des effets sédatifs pour une vessie irritable; son action est analogue à celle de la térébenthine.

M. BOUCHARD dit qu'il faut des doses plus fortes de naphthaline (5 gr. par jour), pour que les urines fermentent moins rapidement. Elle s'élimine non pas en nature, mais sous forme de naphtyl-sulfite de soude, composé antiseptique, ce qui explique la diminution des fermentations.

M. PAMARD indique les *traitements* qu'on peut employer pour *le catarrhe du col utérin*. L'ablation, lorsqu'elle est faite de bonne heure, peut être suivie de guérison comme le prouve un fait qu'il cite, et dans lequel le succès remonte à deux ans et demi. On a eu soin d'opérer en tissu sain, assez loin de la lésion.

Le dépouillement du scrutin pour la nomination du président de la section de médecine pour le congrès de 1877 donne les résultats suivants. Suffrages exprimés 46; majorité 24. M. Pamard (d'Avignon), 29 voix; M. Grasset (de Montpellier) 17 voix; M. Pamard est élu.

SECTION D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE ET MÉDECINE PUBLIQUE.

Séance du 18 août 1886 (matin).

Suite de la discussion sur l'épandage et le tout à l'égout. Ont pris la parole : MM. Poincarré, Chauveau, Trélat, Durand-Claye, André, Schwab, Lallement.

M. POINCARÉ. — *Influence du mouvement professionne sur le rythme de la respiration et de la circulation.*

Séance du 19 août 1886, à 9 heures (matin).

M. BRÉMOND. — *Hygiène professionnelle du blanchissage et des travaux qui le précèdent ou le suivent.*

M. GÉRARDIN. — *Sur les lavoirs publics.*

M. POINCARÉ. — *Des effets des poussières de nettoyage du blé.*

M. FAUCHER.— *Nécessité d'une réglementation de l'industrie des explosifs.*

Séance du 19 août 1886 (matin).

VICE-PRÉSIDENCE DE M. DUGUET (de Paris).

M. HENROT montre que l'*anémie progressive pernicieuse* est une espèce clinique bien distincte. La rate, pour lui, y joue un rôle considérable; quant au sang, il a trouvé des granulations dans les globules, parasitaires ou non, il n'en sait rien.— Dans deux cas, il a fait la transfusion du sang sans succès, de sorte que cette méthode thérapeutique est peu encourageante. Il recommande l'emploi des arsenicaux.

M. FAUVELLE entretient la section des *causes prochaines de la mort dans les maladies.*

M. DU MESNIL montre que les conclusions de M. Pasteur à propos de *la rage du loup* sont absolument vraies. Il a étudié personnellement 342 cas de rage des loups; malheureusement les observations ne sont pas toutes complètes, aussi a-t-il fallu en éliminer un certain nombre.

C'est du 20e au 30e jour après la morsure par les loups qu'apparaissent les accidents de larage. Au point de vue de la mortalité, on peut dire qu'elle est de 60 0/0 environ; on voit qu'elle est plus considérable pour le loup que pour le chien. Ses recherches confirment pleinement les idées de M. Pasteur.

M. ROCHARD dit que M. Pasteur est convaincu qu'il n'y a pas de différence entre les virus des loups et des chiens enragés. La

© BIU Santé

différence de mortalité tient à la profondeur, au nombre des blessures faites par les loups ; de plus ces blessures sont toujours sur les parties découvertes.

M. BOUCHARD remercie M. Du Mesnil de cette intéressante communication. Il insiste sur la valeur des inoculations antirabiques. C'est quelque chose de nouveau, sans analogue et sans précédent, que cette inoculation préventive de la rage. Pour les autres maladies infectieuses, il s'agit de microbes connus, qui par domestication sont modifiés au point de vue de leur qualité vitale, qui deviennent une espèce nouvelle, à aptitudes fonctionnelles nouvelles, quand on introduit dans l'organisme ces microbes, on lui donne une ébauche de la maladie. Pour la rage il n'y a rien de semblable à cette atténuation des virus. — M. Bouchard fait remarquer que M. Pasteur, au point de vue de sa méthode de prophylaxie de la rage, est encore dans l'empirisme, mais qu'il n'en a pas moins de mérite et de gloire.

Ostéome du pied et extirpation du calcanéum. — M. GROSS rapporte l'observation d'un volumineux ostéome développé dans la région du talon chez un homme de 48 ans, exerçant la profession de tailleur de pierre et auquel il a dû pratiquer l'extirpation du calcanéum. L'étude anatomo-pathologique de la pièce a montré qu'il s'agit non d'un ostéome développé dans le calcanéum même, mais d'une tumeur péricalcanéenne. Le tissu osseux néoplasique entourait le calcanéum de toute part excepté à ses faces supérieure et antérieure, il forme une masse volumineuse dans laquelle cet os est enchâssé. Sur la coupe le tissu néoplasique et l'os calcanéen sont séparés par une bandelette fibreuse présentant quelques lacunes. Le point de départ de la production pathologique a été le tendon d'Achille et la tumeur est un exemple de ce que les anatomo-pathologistes ont appelé : exostose tendineuse discontinue ; toutefois l'extension du tissu osseux sur les faces latérales du calcanéum semble faire croire que le tissu fibreux péricalcanéen a été envahi à son tour et M. Gross accepte la dénomination d'*ostéome péricalcanéen*.

La communication de M. Gross porte encore sur l'opération de l'extirpation du calcanéum. Pour extraire cet os, il recommande de suivre le procédé de Farabeuf, qui permet d'atteindre aisément toutes les parties où doit porter le bistouri. Chez son opéré, les suites immédiates de l'intervention ont été simples. Quant au résultat définitif fonctionnel il a été très satisfaisant et M. Gross conclut que l'extirpation par la méthode ancienne est loin de donner des résultats aussi mauvais qu'il a été dit et que dans les cas où la résection sous-périostée, qui sans contredit reste la méthode de choix, est impraticable, le chirurgien peut avoir recours à la méthode ancienne avec l'espoir de restituer d'une manière satisfaisante les fonctions du pied.

M. OLLIER pense que l'*ablation simultanée de l'astragale et du calcanéum* n'est pas si mauvaise qu'on pouvait le penser au premier abord. Il a fait 7 fois cette opération avec les meilleurs résultats.

M. VERNEUIL, en son nom et au nom de son chef de clinique M. Verchère, fait part de ses recherches au sujet des tissus et des milieux qui sont ou ne sont pas susceptibles d'être envahis par tel ou tel microbe ; c'est ce qu'il désigne sous le nom de *mésologie parasitaire humaine*. Il y a, en effet, des organes dans lesquels ne se développe jamais de bacilles, par exemple le bacille tuberculeux. En ce qui concerne ce dernier, on ne peut pas citer un seul exemple de tubercule primitif des muscles striés. Les tubercules dans la pituitaire n'existent pas et dans la conjonctive on doit les considérer comme très rares, le tissu osseux *compact* n'admet pas non plus la tuberculose, à l'encontre du tissu spongieux. On pouvait en dire autant de la syphilis. Les gommes de la mamelle sont très rares. Tel virus succombera dans tel ou tel organe, vivra dans tel ou tel autre. Il y a donc à ce sujet des recherches à faire et des tableaux à dresser. Tout ceci n'est point nouveau. Les expérimentateurs savent bien qu'il faut s'adresser à tel organe, plutôt qu'à un autre pour obtenir un résultat. On sait depuis longtemps que, pour la septicémie gangréneuse, il faut injecter le microbe dans le tissu conjonctif et non dans le sang. Luton (de Reims), d'autre part, a montré que les injections hypodermiques ont des effets différents suivant les milieux où on les fait. Mais tout cela n'est pas encore bien connu et il n'est pas superflu d'attirer l'attention sur ces notions.

M. VIENNOIS expose le procédé qu'il emploie pour extraire les polypes naso-pharyngiens par la méthode nasale (*ostéotomie du nez*). On peut utiliser plusieurs fois de suite ce procédé, car la cicatrice devient à la longue à peine visible. Cette méthode a pour principal inconvénient l'hémorrhagie, mais on peut s'en rendre maître facilement.

M. PONCET indique un *nouveau mode de restauration du nez* ; il utilise la méthode rhinoplastique ancienne dite indienne, mais a soin de placer antérieurement un appareil prothélique en platine sur lequel vient se placer le bandeau frontal disséqué et rabattu (sera publié.)

M. GENTILHOMME fait ressortir les avantages de l'*emploi du fer rouge dans les inflammations de l'utérus*. Le fer rouge agit comme révulsif. Il détermine très rapidement le dégagement de l'utérus et consécutivement la guérison de l'ulcération du col.

M. DUZEA indique les *rapports qui paraissent unir les déformations du membre inférieur dans la coxalgie avec la double source d'innervation de l'articulation coxo-fémorale*. C'est à M. G. Poncet qu'est due l'idée de ce travail dont voici les conclusions : 1° La cause générale mais assez absolue des attitudes vicieuses du membre inférieur dans la coxalgie réside dans la contraction réflexe, puis la contracture et enfin la rétraction de certains groupes musculaires agissent sur le membre inférieur et le bassin ; 2° Cette contracture musculaire est la conséquence d'un réflexe parti du point où siège la lésion initiale articulaire, et transmis aux centres par l'intermédiaire des rameaux nerveux présidant à la sensibilité de cette zone articulaire et revenant par les filets moteurs du même plexus et peut-être du même nerf.

M. LALLEMENT rapporte un *cas d'hernie diaphragmatique* qu'il considère comme acquise, parce qu'il l'a observée chez un ouvrier âgé de 47 ans qui trois années auparavant avait reçu dans le ventre un coup de tampon violent. Chez cet homme, mort d'accident, on a trouvé l'estomac et une partie du côlon transvasé dans la cavité pleurale gauche sans trace d'inflammation de celle-ci.. Les viscères herniés passaient à travers un orifice du centre aponévrotique, large de 7 centim.

M. HENROT demande si on a observé quelques symptômes en rapport avec cette hernie, car chez un malade, il a soupçonné une semblable lésion à la suite de troubles gastriques divers, entre autres un bruit de gazouillement dans la cavité thoracique.

M. BERNHEIM a publié une observation analogue dans la *Gazette hebdomadaire*, après la guerre.

M. VAUTRIN a observé un cas analogue quand il était l'interne de M. Gross (de Nancy).

M. CHARPENTIER présente un nouvel instrument pour l'*exploration fonctionnelle de la rétine*, et indique une nouvelle méthode pour la détermination de la perception des couleurs.

M. LANNEGRACE a envoyé un mémoire sur les *troubles visuels d'origine corticale* ayant pour but de déterminer : 1° les régions corticales du cerveau dont la lésion entraîne des troubles visuels ; 2° la nature des troubles visuels provoqués par la lésion de chaque région spéciale du cerveau ; 3° le mécanisme des troubles visuels d'origine corticale. Ce qui est consigné dans ce mémoire est le résultat d'expériences faites sur des chiens d'une façon très précise.

M. BERNHEIM pense que le *son tympanique* dans la *pneumonie* peut se produire au niveau des parties hépatisées ; il suffit que les bronches soient vides à ce niveau. Il appuie cette assertion sur quelques observations suivies d'autopsie.

M. BERGEON lit les conclusions d'un mémoire sur l'*injection dans le rectum*, deux fois par 24 heures, d'un *courant de gaz acide carbonique très pur chargé d'acide sulfhydrique* ; on trouve après deux ou trois jours une diminution marquée de la toux, de l'expectoration et des troubles respiratoires des tuberculeux pulmonaires. En même temps les troubles généraux s'amendent et on enraye ainsi les accidents pendant quelque temps.

Les mémoires de MM. STOEBER et NETTER (de Nancy), qui n'ont pu être lus, faute de temps, seront insérés dans les comptes rendus de l'Association française ; le premier a trait aux

© BIU Santé

manifestations de la syphilis dans l'œil; le second aux *rapports de la pulmonie et du paludisme.*

La séance est levée. M. Bouchard remercie les membres présents de leurs intéressantes communications et annonce que la section des sciences médicales sera présidée l'année prochaine à Toulouse par M. Pamard (d'Avignon). M. Tourdes, président d'honneur, remercie l'assemblée des marques de sympathie qu'on n'a cessé de lui témoigner pendant tout le Congrès.

Dans l'après-midi, il y a eu assemblée générale à l'Hôtel-de-Ville. On a décidé qu'on se réunirait en 1888 à Oran (Algérie), à l'unanimité, et nommé comme vice-président M. Laussédat, colonel, membre de l'Association. M. de Clermont, directeur de laboratoire à la Sorbonne, est nommé vice-secrétaire.

On ne sait pas encore si à Oran le Congrès aura lieu en août ou septembre, ou en avril (vacances de Pâques), comme cela a eu lieu à Alger.

Pour la section des sciences médicales, on a nommé délégué M. le Pr Potain (de Paris); pour la section de zoologie, M. le Pr Giard (de Lille).

M. le président Friedel adresse ses remerciments à tous ceux qui ont contribué au succès du Congrès de Nancy, à M. le maire et à la population tout entière. Il a été touché non seulement de l'accueil sympathique des habitants, mais aussi de la part que beaucoup de savants de la ville ont pris aux travaux du Congrès.

Erratum. — Dans notre dernier numéro, p. 696, 2e volume, ligne 26, séance du 13 août, du Congrès de Nancy (communication de M. Landowski, sur le traitement local de la dysménorrhée membraneuse). Au lieu de : « *Il faut avoir soin d'intervenir* 4 à 5 *jours avant les règles.* » On doit lire : « *Il faut avoir soin d'intervenir* 4 à 5 *jours après les époques.* »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 *août* 1886. — Présidence de M. Fizeau.

M. N. Gréhant a répété l'*expérience de Priestley sur des animaux et des végétaux aquatiques.* Il prend deux éprouvettes à pied qu'il remplit d'eau et qui reçoivent chacune un poisson. Dans l'une des éprouvettes il introduit en même temps des feuilles de *Potamogeton lucens*, bien vertes ; les récipients sont fermés par des membranes de caoutchouc. Au bout d'un temps variable, l'un des poissons, celui qui est placé dans l'eau pure, perd l'équilibre, se dispose horizontalement ou tourne sur son axe : c'est un signe de l'asphyxie. L'eau ne renferme en effet plus trace d'oxygène. L'autre poisson, au contraire, continue à nager au milieu des feuilles; des bulles de gaz libre se sont dégagées dans l'éprouvette : on extrait les gaz de l'eau et on trouve qu'ils renferment jusqu'à 30 pour 100 d'oxygène. Ce poisson se trouve donc dans les meilleures conditions physiologiques.

M. Louis Henry étudie *les dérivés haloïdes mono-substitués de l'acéto-nitrile* : l'action irritante de ces corps est d'autant plus intense que le corps halogène renfermé dans le nitrile a un poids atonique plus élevé.

M. le Président annonce la mort de M. Laguerre, membre de la section de Géométrie. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 *août.* — Présidence de M. Sappey.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger, première division. M. Bateman (de Norwich) est élu par 23 voix sur 24 votants, contre 1 voix donnée à M. Bonnet (de Rio-de-Janeiro).

M. Polaillon donne lecture d'une observation de *taille stomacale pour l'extraction d'une fourchette.* Il s'agissait d'un homme de 25 ans, bateleur, qui dans l'exercice de sa profession avait avalé une fourchette en fer étamé. La difficulté était grande d'amener le diagnostic tant au point de vue de l'existence réelle de la fourchette qu'à celui de la situation occupée par ce corps étranger. En effet, la palpation, l'introduction de la sonde œsophagienne avec résonnateur de Collin ne donnait aucun résultat. C'est grâce à la sonde œsophagienne avec sonnerie électrique de M. Trouvé que la difficulté fut résolue ; mais la conviction ne fut bien établie qu'à la suite d'explorations qui montrèrent que : 1° une aiguille aimantée s'orientait du côté de l'estomac, lorsque celui-ci s'approchait d'elle ; 2° un gros électro-aimant, placé à quelques millimètres de la paroi abdominale, déterminait une petite voussure au moment du passage du courant. Ces faits acquis et le diagnostic du corps étranger s'imposant, l'opération fut décidée. M. Polaillon se servit d'une incision préconisée par M. Labbé, incision partant de la neuvième côte gauche à un centimètre en dedans du rebord des cartillages costaux et se dirigeant vers l'ombilic dans une étendue de 7 cent. ; aussitôt le peritoine ouvert, l'épiploon vint faire hernie et fut réduit ; la paroi antérieure de l'estomac fut attirée au niveau de l'ouverture abdominale, et incisée dans une étendue de trois centimètres ; la fourchette saisie avec une pince fut facilement extraite. Une suture en surjet avec du catgutt fut pratiquée et l'estomac abandonné dans la cavité abdominale ; l'épiploon hernié est de nouveau réduit ; on place trois points de suture profonde, quatre superficiels et un pansement de Lister est appliqué. M. Polaillon donnera la suite de l'observation, mais en attendant il attire l'attention sur plusieurs points : tout d'abord la difficulté du diagnostic ; les services rendus à ce point de vue par l'emploi de l'aiguille aimantée et de l'électro-aimant, et enfin le procédé opératoire qu'il a employé. En effet, jusque dans ces derniers temps, les opérateurs suturaient la paroi antérieure de l'estomac à la paroi abdominale ; il en résultait une fistule longue à guérir. M. Polaillon osa être le premier qui ait pratiqué la ligature perdue ; l'avenir montrera bientôt ce qu'il faut penser de cette innovation. En dernier lieu, l'auteur appelle l'attention sur cette idée que peut-être pourrait-on se servir des électro-aimant qui, on le sait, peuvent soulever 4 à 5 kilog., pour extraire par les voies naturelles les corps étrangers avalés et transportés dans l'estomac (1).

M. Larrey partage la confiance de M. Polaillon sur la possibilité d'extraire les corps étrangers en fer de l'estomac par l'électro-aimant.

M. Goubaux, répondant à une objection de M. Leroy de Méricourt relative à la contraction du cardia et son étroitesse, rappelle qu'il suffit, pour que le cardia s'ouvre, de dilater l'estomac soit par l'eau, soit par des gaz ; c'est ce qu'il a pu constater nombre de fois dans les expériences qu'il a faites à cet égard chez les animaux.

M. Giraud-Teulon lit un mémoire *sur le mécanisme du saut.* A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 16 *avril* 1886. — Présidence de M. Cornil.

23. Note à propos d'un cas de kyste tendineux de la gouttière calcanéenne ; par Tuffier, prosecteur de la Faculté.

S'il est une région de l'économie dont la pathologie chirurgicale soit fort peu connue, c'est assurément celle qui correspond à la partie interne du cou-de-pied. En ce point, les muscles et le paquet vasculo-nerveux destinés à la face plantaire glissent sur la gouttière du calcanéum. Les rapports de l'artère tibiale postérieure, l'ordre et la superposition des trois tendons, jambier postérieur et long fléchisseur commun en avant, fléchisseurs propres en arrière séparés par les vaisseaux et nerfs, sont nettement précisés. On a décrit avec soin leurs deux couvertures aponévrotiques et leur gaîne fibreuse. Les gaînes synoviales ont été représentées par Monro dans son atlas. Bouchard (Thèse de Strasbourg, 1856, *Essai sur les gaînes ten-*

(1) Il s'agit là d'une idée qui n'est pas neuve et qui a déjà été émise au siècle dernier. (Note de la Réd.).

© BIU Santé

dineuses du pied). Maslieurat Lagémard (Soc. anat., 1839, p. 161) les ont bien décrites. Un seul point ne me paraît pas suffisamment étudié dans ces mémoires, c'est celui qui a trait aux rapports des synoviales avec l'articulation, et aux déductions pathologiques qui s'ensuivent. C'est moins le but d'une pure et vaine description anatomique que l'intention d'éclairer la pathologie de la région qui me conduisent à vous présenter quelques considérations sur ces séreuses et leurs altérations. D'ailleurs comment n'en serait-il pas ainsi, puisque c'est une trouvaille anatomo-pathologique, une observation d'amphithéâtre qui a été le point de départ de mes recherches (le 12 avril dernier).

Dans le cours d'une désarticulation sous-astragalienne sur un membre qui ne me paraissait le siège d'aucune déformation ; je taille le lambeau d'un pied droit par sa face plantaire quand je tombe sur une tuméfaction insolite de la région calcanéenne interne. J'abandonne de suite l'opération, je dissèque cette tumeur avec grand soin et voici ce que je constate :

Une tuméfaction rosée, légèrement transparente englobe les tendons fléchisseurs propres du pouce, et fléchisseurs communs des doigts ; à travers sa demi-opacité, on distingue la couleur blanc nacré des cordes tendineuses. Cette tuméfaction s'étend à la face postérieure de l'articulation tibio-tarsienne et *semble* remonter seulement à 1 centimètre au-dessus de la mortaise tibiale ; en bas elle contourne la gouttière du calcanéum pour dépasser sa petite apophyse. Allongée suivant cette direction, elle présente deux renflements, l'un supérieur, du volume d'une grosse noisette, siège au niveau de l'articulation du pied ; l'autre, inférieur, du volume du pouce occupe la partie la plus déclive de la gouttière calcanéenne, juste en avant de la petite apophyse. Le reste de la tumeur qui réunit les deux diverticules a le volume du petit doigt. La tuméfaction est lisse, régulière et présente les connexions suivantes : En dehors, elle répond aux insertions fibreuses des muscles abducteurs du gros orteil, et en bas à ces muscles. En haut, elle repose directement sur la petite apophyse du calcanéum. En avant, le jambier glisse intact dans sa gaîne normale. En dedans, elle est accolée au calcanéum, puis à l'articulation calcanéo-astragalienne et, plus haut, à la rainure postérieure de l'astragale à l'articulation tibio-tarsienne et au tibia ; dans toute cette région supérieure, la dissection est impuissante à distinguer la tumeur des organes sous-jacents. La fusion est intime.

Pensant qu'il s'agissait là d'un kyste et connaissant les recherches de mon ami Poirier sur les rapports des synoviales articulaires avec les hydropisies dites des gaînes tendineuses, je voulus avant d'ouvrir la tuméfaction rechercher l'état des articulations voisines. J'ouvre avec le plus grand soin, *par leur face externe*, le double article calcanéo-astragalien et la jointure tibio-tarsienne. Elles sont normales et toute mon attention dirigée sur une communication possible entre leur face interne et la tuméfaction précédente n'aboutit qu'à me faire constater l'intégrité complète de la synoviale.

Je fends alors le kyste par sa face superficielle au niveau du fléchisseur commun, il en sort un liquide gelée de groseille un peu fluide, un stylet mousse introduit dans cette boutonnière permet de délimiter exactement les limites de la cavité. Je m'aperçois ainsi que le sommet de la tumeur monte à 2 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire ; que le point infime dépasse de 1 centimètre la petite apophyse calcanéenne ; enfin, en promenant mon stylet pour faire le tour du tendon, je vois qu'il m'est impossible de lui faire suivre toute la surface interne de la tumeur. J'agrandis la boutonnière et j'ouvre la gaîne du fléchisseur propre du gros orteil, mon stylet peut alors remonter à 4 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsienne et descendre à 2 centimètres au-devant de l'extrémité antérieure de la petite apophyse. Je puis donc conclure que le kyste a présenté une double origine, il occupe les deux gaînes du fléchisseur commun, et du fléchisseur propre du gros orteil, mais ces deux gaînes communiquent, puisque la boutonnière faite à la gaîne antérieure a permis au kyste d'expulser tout son contenu. Une seconde expérience le prouve. J'insuffle la gaîne antérieure et je la vois se dilater seule ; la même expérience répétée sur la gaîne postérieure me montre deux choses : 1° L'étendue beaucoup plus considérable de cette dernière séreuse ; 2° le passage facile de l'air de la gaîne du fléchisseur propre dans celle du fléchisseur commun. Nous venons de voir que le trajet en sens inverse n'était pas possible.

Restait à chercher la cause de cette anomalie et à étudier la disposition de la surface interne de ce kyste. J'ouvre largement les deux gaînes et je puis constater que le diverticule supérieur, répondant à la face postérieure de la synoviale tibio-tarsienne, lui adhère intimement. Leur ensemble forme une même membrane absolument transparente, en aucun point on ne retrouve de solution de continuité. Plus bas, la paroi adhère à la face postérieure de l'articulation qu'elle tapisse, puis à l'extrémité interne de l'articulation calcanéo-ostragalienne au niveau de la terminaison de la gouttière interosseuse. *En ce point, sa surface présente deux petites dépressions* arrondies du volume d'une tête d'épingle, s'enfonçant dans le tissu fibreux à une profondeur de 2 millimètres. Toutes nos tentatives pour explorer le fond de ces petites dépressions et constater un orifice à ce niveau sont restées infructueuses. Les rapports de la synoviale articulaire et de la séreuse sont cependant très étroits. Un fin stylet enfoncé à ce niveau n'est séparé de l'articulation calcanéo-astragalienne antérieure que par un espace de 1 à 2 millimètres ; on sent immédiatement sous le doigt l'extrémité mousse de l'instrument séparée seulement par l'épaisseur de la double séreuse. Plus bas, la paroi est lisse, et enfin, à l'extrémité inférieure, les deux culs-de-sac communiquent par un orifice étroit de 1 centimètre taillé comme une boutonnière dont les bords chevaucheraient l'une sur l'autre. Cet orifice correspond au point où les tendons fléchisseur commun et fléchisseur propre du gros orteil s'entre-croisent. Cette disposition nous explique la communication facile de la grande et de la petite gaîne, et elle nous permet de comprendre que, grâce au chevauchement des deux lèvres de la boutonnière, il était impossible d'insuffler la gaîne postérieure par la synoviale antérieure.

Le tendon du fléchisseur commun est normal. Celui du fléchisseur propre présente les altérations suivantes : Au niveau de la petite apophyse, on trouve sa surface couverte d'une plaque lisse blanc-bleuté, d'apparence cartilagineuse, lisse, irrégulière, recouverte par la synoviale ; son étendue est d'environ 3 centimètres, et son épaisseur normale 2 millimètres.

A la coupe, cette substance paraît fibreuse, blanc bleuâtre, et elle se confond directement par sa face profonde avec le tissu du tendon qui est d'une blancheur plus éclatante.

En résumé, le kyste occupe la région interne du calcanéum. Il siège dans les gaînes des fléchisseurs des orteils, et d'une part, il présente des rapports étroits avec l'articulation calcanéo-astragalienne ; de l'autre, le tendon du long fléchisseur est malade ; il s'agit de déterminer la nature et l'origine de cette affection.

Deux ordres de faits servent généralement à trancher une pareille question ; les observations déjà publiées et l'histoire clinique de l'affection. Dans le cas présent, ces deux facteurs nous manquent. Ces kystes paraissent très rares, si j'en crois mes recherches bibliographiques.

D'un autre côté, l'histoire clinique de cet homme reste tout à fait inconnue, puisqu'il s'agit d'un cadavre d'amphithéâtre venant d'un asile éloigné. Tout ce que je puis dire, c'est que les articulations voisines étaient saines, et que la peau de la plante du pied n'indiquait rien qui pût faire croire à des marches forcées antécédentes.

L'examen seul de la pièce doit nous fournir les arguments. S'agit-il d'un kyste d'origine articulaire ? Les recherches récentes peuvent faire pencher de ce côté. Les deux dépressions en cul-de-sac qui existent au point où la gaîne passe derrière cette articulation seraient les

© BIU Santé

vestiges d'une ancienne ouverture par laquelle la synoviale aurait fait hernie, pour tapisser les tendons. L'ouverture se serait oblitérée, et c'est la cavité ainsi isolée et devenue kystique que nous constatons aujourd'hui. La consistance gelée de groseille du contenu viendrait encore à l'appui de cette interprétation. Pour ma part, je pense qu'il s'agit plutôt d'un kyste purement tendineux, développé dans les gaines des tendons fléchisseurs du pied. J'appuie mon opinion sur deux faits : 1° les lésions tendineuses du fléchisseur propre suffisent à expliquer cet épanchement ; 2° la collection liquide affecte exactement la forme de ces gaines normales.

La description de ces gaines donnée par les auteurs cités plus haut me paraît exacte, mais en cherchant à la vérifier par la dissection de dix cous-de-pied, je me suis aperçu que leurs rapports avec les articulations n'étaient pas suffisamment mis en évidence. C'est cependant là un point digne d'intérêt au point de vue des propagations d'une synovite tendineuse à l'articulation ou réciproquement. Voici, à ce propos, ce que j'ai constaté par l'insufflation et par l'exploration au moyen d'un stylet doucement conduit dans ces séreuses pour en étudier la conformation. Les gaines passent derrière l'articulation tibio-tarsienne et cheminent au-dessous des jointures calcanéo-astragaliennes postérieures et antérieures, mais leurs connexions avec ces trois articles sont bien différentes pour chacune d'elles. La coulisse du jambier antérieur se place en arrière de la malléole, et se trouve séparée de la synoviale tibio-tarsienne par son épais ligament latéral interne qui forme là une barrière infranchissable aux lésions articulaires, en revanche, cette coulisse à l'insertion scaphoïdienne se comporte d'une façon bizarre ; elle s'arrête sur la face postérieure du tendon à 1 centimètre au-dessus de cette insertion, tandis qu'elle tapisse sa face supérieure pour accompagner le faisceau sous-scaphoïdien du tendon et se mettre en rapport intime avec la séreuse calcanéo-astragalienne antérieure. Il n'y a donc pas de rapports intimes entre la tibio-tarsienne et cette gaine.

La coulisse du fléchisseur commun est séparée de la tibio-tarsienne par les fibres postérieures du ligament interne assez mince à ce niveau ; elle se prolonge en bas jusqu'à l'articulation astragalo-scaphoïdienne, au point où le tendon du fléchisseur propre passe sur celui du fléchisseur commun. Là encore, les lésions pathologiques de l'articulation tibio-tarsienne se propagent assez difficilement à la gaine, puisque des filets ligamenteux séparent les deux séreuses.

La synoviale tendineuse du fléchisseur propre est en haut, fort éloignée des précédentes puisque le paquet vasculo-nerveux les sépare. Elle passe de la face postérieure du tibia sur la face postérieure de l'astragale entre ses deux tubercules, puis elle suit le canal calcanéen et accompagne le tendon jusqu'au point où il passe au-dessus des tendons fléchisseurs communs ; là, cette synoviale s'adosse directement à la précédente qu'elle dépasse de 1 centimètre. Dans toute cette étendue elle est reçue dans une gaîne fibreuse qui diffère de celle des autres gaines en ce qu'elle est beaucoup moins adhérente à la synoviale. En haut, cette gaîne se confond avec l'aponévrose profonde de la jambe ; en bas, elle se perd au-dessus du ligament annulaire interne du tarse ; si bien qu'au point où les tendons fléchisseurs communs ou fléchisseurs propres se rencontrent, leur gaîne est libre au milieu d'une atmosphère adipeuse diffluente considérable qui occupe cette région. Cette gaîne donne donc accès dans toute la plante du pied. Ses rapports intimes avec les articulations sont également dignes de remarque. Au niveau de la face postérieure de l'article tibio-tarsien, la séreuse passe de la face postérieure du tibia sur l'astragale, se trouve là directement adossée à la synoviale articulaire. Il suffit de tendre la double membrane ainsi formée pour voir qu'elles n'en forment presque qu'une seule. Plus bas, sous la petite apophyse du calcanéum, la gaîne répond à l'interligne calcanéo-astragalien en un point situé exactement à l'extrémité interne de la gouttière interosseuse entre les deux surfaces articulaires antérieure et postérieure du calcanéum ; à ce niveau, on trouve une petite masse graisseuse très mince qui conduit directement de l'articulation astragalo-calcanéenne postérieure à la séreuse du tendon entre deux faisceaux du ligament latéral interne.

Si j'insiste sur ces fastidieux détails, c'est que je les crois capables de nous donner la clef de certains faits pathologiques. L'adossement des deux gaînes tendineuses au niveau de la plante du pied nous explique facilement leur communication, comme cela a eu lieu dans notre kyste.

Mais les rapports intimes des synoviales articulaires et de la gaîne du fléchisseur propre sont plus intéressantes. Ils nous montrent la propagation facile des lésions de l'une à l'autre. Supposons une lésion tuberculeuse, par exemple, de l'articulation tibio-tarsienne, elle trouvera dans la gaîne une route toute tracée pour gagner la plante du pied. Les deux autres synoviales sont moins bien disposées à cet effet. Elles sont séparées de l'article par des ligaments épais. La gaîne du jambier antérieur séparée par le ligament latéral interne et, se perdant sous le scaphoïde, ne peut servir à cette transmission. Celle du fléchisseur n'a que des rapports peu intimes avec les jointures, et elle est beaucoup plutôt envahie par récurrence.

Les lésions transmises de l'article à la gaîne du fléchisseur propre peuvent donc se rendre par cette voie jusqu'à la plante du pied et là envahir par continuité la séreuse adjacente du long fléchisseur dans laquelle elles remontent. *En tous cas, ces deux gaînes doivent être beaucoup plus souvent envahies que celle du jambier antérieur.* Je ne puis étayer cette hypothèse sur des faits cliniques publiés, car la pathologie de cette région n'a pas été faite à cet égard. Cependant, l'anatomie peut, à elle seule, nous permettre de préciser quelques-uns des caractères de cette synovite du fléchisseur du gros orteil.

La forme de la tuméfaction peut servir de guide dans ces cas, si les lésions se propagent dans la gaîne du jambier postérieur, elles provoquent une tumeur aboutissant au scaphoïde, puisque la gaîne s'arrête au-dessus de cet os pour se continuer au-dessous. De plus, cette tuméfaction doit être bien peu considérable, car la gaîne fibreuse qui double la synoviale est, jusqu'à ce niveau, dense et serrée. Au contraire, les collections, par exemple, qui se développeraient dans les gaînes du fléchisseur pourraient encore être rétrécies par les gaînes fibreuses dans la gouttière calcanéenne, mais au-dessus de l'article tibio-tarsien, elles peuvent se dilater, de même à leur partie inférieure elles peuvent descendre bien au-dessous du scaphoïde et là s'étaler à leur aise dans le tissu graisseux adjacent aux séreuses.

Je puis précisément, à l'appui de ces caractères théoriques, citer un fait pathologique que je viens d'observer. Un homme de 25 ans, fort et vigoureux en apparence, porte au niveau de la gouttière calcanéenne une tuméfaction pour laquelle il vient consulter à l'hospice des frères Saint-Jean de Dieu. J'apprends que cet homme a présenté à l'âge de 12 ans une arthrite chronique de l'articulation tibio-tarsienne. Cette arthrite survenue sans cause se développa lentement, et suppura pendant huit mois ; sous l'influence des bains de mer et d'un traitement antistrumeux prolongé pendant deux ans, l'arthrite guérit par ankylose, et le malade put marcher sans douleur de 17 à 24 ans. L'articulation n'était ni gonflée, ni douloureuse. Il y a huit mois, la face interne du cou-de-pied devint douloureuse après la marche ; bientôt un gonflement se manifesta et je trouve aujourd'hui la région dans l'état suivant : ankylose complète de l'articulation qui n'est le siège d'aucune réaction inflammatoire. Sur la face interne du cou-de-pied, la peau a la couleur normale et glisse sur les parties profondes. La région est le siège d'une tuméfaction étendue de l'article à la plante du pied, peu marquée et cylindrique dans son tiers supérieur. Elle présente au contraire dans son tiers inférieur une saillie du volume d'une noix soulevant la partie médiane calcanéenne. Cette tuméfaction assez dure dans sa portion supérieure, est

© BIU Santé

molle, pâteuse, presque fluctuante dans sa partie inférieure au niveau de sa dilatation. *L'exploration de l'artère tibiale postérieure montre qu'elle bat en avant de la tuméfaction.*

Les mouvements des tendons ne provoquent aucun mouvement dans la tumeur.

L'examen des autres organes fait constater une double épididymite tuberculeuse et une cystite de même nature.

Le diagnostic de ces lésions me paraît facile. Il s'agit évidemment d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne guérie par ankylose autrefois, et se propageant aujourd'hui dans les gaînes de la gouttière calcanéenne. La forme de la tumeur évasée en bas, étroite en haut, son siège plaident en faveur de cette manière de voir.

Mais je crois qu'il est possible de préciser davantage le siège de la lésion et de reconnaitre la gaîne dans laquelle s'est faite la propagation. Il ne peut s'agir de la gaîne du jambier antérieur, la tuméfaction s'arrêterait au scaphoïde et ne descendrait pas au milieu de la gouttière du calcanéum. Restent donc les deux gaînes des fléchisseurs, où il existe un point de repère anatomique qui permet toujours de les distinguer, c'est la situation de l'artère tibiale postérieure. Si l'altération siégeait dans la gaîne du fléchisseur comme elle pourrait présenter la même forme, mais on constaterait la présence de l'artère en arrière de la tumeur. Si, au contraire, nous sentons le vaisseau battre en avant de la tuméfaction, nous pouvons affirmer que c'est la gaîne du fléchisseur propre qui est envahie ; or, c'est précisément ce que nous avons constaté dans l'observation de notre malade ; nous pourrons donc localiser la lésion dans cette gaîne et regarder ce fait comme venant à l'appui de ce que l'anatomie nous a appris de la facile communication des lésions articulaires tibio-tarsiennes à la séreuse du tendon fléchisseur propre du pouce. Voici une seconde pièce que j'ai pu disséquer et qui vient également à l'appui de cette théorie. Elle a trait à un malade amputé par M. Verneuil. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 août 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Desprès dit partager en grande partie l'opinion de M. Lucas-Championnière sur les *fractures péri-articulaires*, et rappelle que déjà Giraldès avait remarqué que chez les enfants atteints de fracture du coude, l'immobilisation était plus nuisible qu'utile.

M. Reclus a traité récemment, avec des appareils, un enfant qui s'était fracturé successivement les deux olécranes peu serrés ; le résultat aurait été meilleur qu'avec une immobilisation plus complète. Les fragments olécraniens étaient réunis par un cal fibreux et les mouvements s'exécutaient sans raideur notable.

M. Lucas-Championnière fait observer que la *mobilisation* et le *massage* des articulations dont les os sont atteints de fracture sont deux choses différentes ; c'est ce dernier dont il a entendu surtout parler lorsqu'il a dit que l'on pouvait obtenir des résultats excellents en l'employant immédiatement sur certaines fractures péri-articulaires, surtout pour les fractures du péroné et du radius.

M. Berger se déclare au contraire partisan de l'immobilisation d'une durée de 20 à 25 jours.

MM. Desprès et Lucas-Championnière font observer qu'ils n'entendent pas préconiser leur méthode à certains cas exceptionnels.

M. Horteloup soumet au massage le plus grand nombre de ses malades atteints d'entorse ou même de fracture du péroné.

M. Polaillon rapporte sur un certain nombre d'observations adressées à la Société par M. Féré (de Meaux), concernant : 1° une *hématocèle de la vaginale* chez un homme de 26 ans ; 2° un malade atteint d'infection purulente avec épanchements purulents divers ; 3° un autre malade qui eut un ramollissement et disparition du cal d'une fracture de cuisse à la suite d'un érysipèle et formation consécutive d'un abcès ; tous ces malades furent guéris à la suite d'incisions appropriées. M. Féré fait part en outre d'une observation de *taille hypogastrique* pratiquée avec succès pour enlever un fragment de sonde laissé dans la vessie et une autre observation relative à un malade atteint de *calcul salivaire* avec phlegmon.

M. Hue (de Rouen) fait part de cinq nouveaux succès qu'il a obtenus par la *périnéorraphie immédiate*.

MM. Richelot, Polaillon et Tillaux ont eu également à se féliciter de l'emploi du procédé J. Hue-Emuset.

M. Poncet (Val-de-Grâce) présente une observation de *taille sus-pubienne* pratiquée sur un malade de 51 ans, petit-fils de calculaire, et ayant subi lui-même la lithotritie en 1885. Le calcul nouveau, d'acide urique, pesant 27 grammes, mesurant 4 cent. 1/2, avait résisté aux instruments lithotriteurs. Une hémorrhagie vésicale abondante décida la taille sus-pubienne.

La guérison était faite en un mois, et après 15 jours la vessie gardait déjà l'urine. Les deux siphons Perrier placés dès les premiers jours avaient parfaitement fonctionné. Ce mode d'évacuation de la vessie a été contesté dans ces derniers temps, mais l'auteur préfère les tubes-siphons aux sondes qui sont insuffisantes, et aux tubes uréthro-vésicaux qui amènent forcément au bout de quelques jours une irritation du canal. Dans le centre du calcul existait un fragment du calcul enlevé par la première lithotritie. Il s'est écoulé 11 mois pour la formation d'un calcul de 27 grammes.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 juin 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Dujardin-Beaumetz offre à la Société, de la part de deux médecins italiens, un ouvrage sur *l'action anti-hémorrhagique de l'ergotine*.

M. C. Paul dit que ce médicament agit beaucoup plus efficacement par les voies sous-cutanées que par la voie gastrique.

M. Blachez a cependant arrêté des hémoptysies à répétition chez des tuberculeux, en administrant, pendant trois jours consécutifs, une potion avec 3 grammes d'ergotine.

M. C. Paul remarque que, bien souvent, on administré ce médicament au moment où l'hémoptysie va cesser. Le meilleur signe qu'elle va finir est la disparition du pouls récurrent.

M. Dujardin-Beaumetz a préparé un liquide analogue au koumys et au kéfir en faisant agir sur du lait de la levure de grain. Il donne à ce produit le nom de *galazyme* et emploie la formule suivante :

Levure haute de grain	4 grammes.
Sucre	10 —

Dissoudre dans une petite quantité d'eau et ajouter à un litre de lait. Renfermer le liquide dans des flacons bien bouchés et ficelés. Ce mélange donne 1/100 d'alcool pour le lait récemment fermenté et 2/100 pour le lait dont la fermentation est plus ancienne. Ce liquide est indiqué dans plusieurs affections gastriques ; cependant certains malades ne peuvent le supporter.

M. C. Paul dit qu'étant donné que le lait renferme de l'eau, de l'alcool et de l'acide carbonique, il y aurait peut-être avantage à prescrire scrupuleusement des grogs composés d'eau de seltz et d'alcool dans des proportions analogues.

M. Dujardin-Beaumetz insiste sur les propriétés particulières du lait.

M. Potier croit qu'on pourrait, avec avantage remplacer l'alcool, qui se forme ainsi par de la vieille eau-de-vie.

M. C. Paul rappelle, en outre, que l'eau de seltz, préparée est toujours impure : elle détermine parfois de la gastralgie.

M. Campardon lit une note sur la *narcéine*. Il emploie des granules dosés à 5 milligrammes, 4 dans les 24 heures, et procure ainsi à ses malades un sommeil qu'il considère comme plus bienfaisant que celui de l'opium.

M. Petit insiste sur les diverses opinions qui se sont produites à propos de ce médicament : Bauchat le donnait à la dose de 75 centigrammes.

© BIU Santé

M. C. Paul dit que ce médicament bien préparé est fort cher, car il faut sacrifier tous les autres alcaloïdes de l'opium.

M. Dujardin-Beaumetz s'en tient à l'emploi de la morphine qui a fait ses preuves et est un médicament beaucoup moins sujet à controverse que le précédent.

M. Petit lit une note sur les divers dérivés de la caféine.

Gilles de la Tourette.

REVUE DES MALADIES MENTALES

X. E. Morselli. **Le leggi statistiche del suicidio secondo gli ultimi documenti,** 1879-1885. Milan, 1885.

XI. A. Cullerre. **Magnétisme et hypnotisme.** — Paris, 1886, in-12, J.-B. Baillière, éditeur.

XII. T. Winkler. **De Plaats der Psycho-pathologie als Hersen-pathologie te midden der klinische Wetenschappen.** Utrecht, 1885.

X. Travail de *statistique* très intéressant à raison du groupement judicieux des éléments et de la division adoptée. D'après les chiffres de Morselli, le *suicide* a crû progressivement et régulièrement en Italie, France, Angleterre, Prusse, Bavière, Saxe, Autriche, Belgique, Suisse et Finlande, surtout pendant la période de 1871-1885, où cette augmentation a proportionnellement été plus rapide que l'accroissement du chiffre de la population et de la mortalité générale; malgré cela, le rapport entre les suicides et le nombre des vivants n'a presque pas varié. Sa zone d'intensité maxima occupe le centre de l'Europe, qu'elle traverse transversalement en se massant autour de la Saxe et de l'Ile-de-France. La race germanique pure ou mélangée à des éléments celtiques lui paie le plus fort tribut. Les grandes capitales influencent très notablement sa fréquence. Il prédomine pendant les saisons chaudes et sèches, mais c'est le changement de température qu'il convient d'incriminer; mai, juin, juillet sont, selon les pays, les mois les plus chargés, la moyenne mensuelle la moindre tombant toujours en décembre. Le sentiment religieux exerce une influence puissante sur la propension au suicide; la vie à la ville en accroit invariablement l'intensité, surtout quand la population est dense. Le rapport pour 100 entre le sexe masculin et le sexe féminin est comme 4/1; l'influence de l'été se fait plus fortement sentir chez la femme; plus on avance en âge, plus on se tue. Le veuvage augmente, surtout chez l'homme, le nombre des suicides; pour le divorce, c'est l'inverse; les classes cultivées et les professions libérales en fournissent la plus forte proportion; l'armée pour les hommes, la domesticité pour les femmes est largement représentée. Les gens du nord (Tudesques et Slaves) se pendent en hiver et en automne dans les villes; les gens du midi (Latins) se noient au printemps et en été, à la campagne; l'homme du nord et du centre de l'Europe se pend et s'étrangle, l'homme du midi de l'Europe se détruit à l'aide d'une arme à feu, tandis que la femme se noie partout; les citadins aiment la pendaison et les armes à feu, les campagnards l'eau et la corde; le jeune homme recherche le pistolet, le vieillard se jette à l'eau; les armes à feu, l'eau, le poison sont les moyens préférés des professions libérales et des classes cultivées; l'eau et la corde sont ceux des classes agricoles; la précipitation, l'eau et le poison ceux des industriels; un domestique s'empoisonne, un soldat se tue avec son fusil. Plus est grand le développement de l'intelligence et de la sensibilité, plus on adopte de moyens de suicide rapides, sûrs, peu douloureux. Il y a une hygiène sociale en rapport avec ces *lois* : on peut appliquer au traitement du suicide les principes de Ferri, qui veut substituer à la répression pénale du crime la modification intelligente des facteurs individuels et sociaux de la criminalité. M. Morselli prépare sur cette question un livre qui représentera le pendant de celui de Ferri.

XI. Le livre de M. Cullerre s'adresse à ceux qui, désireux de ne point rester étrangers au mouvement scientifique de leur époque, n'ont ni le temps ni la facilité de recourir aux sources. Et, en effet, il suffit de lire ce travail pour être au courant de l'état des questions qui touchent au sommeil nerveux provoqué. L'historique comprend les trois premiers chapitres (*Magnétisme à travers les siècles*; de Mesmer à Braid, de Braid à l'époque actuelle). Les neuf autres chapitres envisagent les procédés, les caractères de l'hypnotisme, les suggestions, illusions, hallucinations, impulsions provoquées, la suggestion à l'état de veille, l'état de fascination, la physiologie de l'hypnotisme, l'hémi-hypnotisme, les applications thérapeutiques et médico-légales.

XII. Cette brochure renferme la leçon d'ouverture d'un cours de psychiatrie inauguré à Utrecht. Le professeur peut puiser ses malades dans une section de l'asile d'aliénés. La *Psychopathie*, dit M. Winkler, *n'est qu'une branche de la pathologie cérébrale*. C'est ce que montrent la revue des délires fébriles et toxiques comparés au délire de la manie transitoire, des troubles psychiques des névroses, de l'épilepsie, de l'hystérie, l'hérédité des névroses et des psychoses, les accidents psychiques consécutifs aux lésions cérébrales en foyers, les altérations microscopiques de la démence paralytiques rapprochées des localisations cérébrales, les lacunes ou pertes de substance de l'idiotie, les anomalies matérielles de la folie morale. Les phénomènes révélés par la psychophysique enrichissent l'anatomie et la physiologie du cerveau en même temps qu'ils fournissent des éléments positifs à la pathologie psychique.

P. Kéraval.

CORRESPONDANCE

A propos du projet de loi sur la pharmacie.

Saint-Astier (Dordogne), le 29 juillet 1886.

Très cher et très honoré confrère,

Dans le *Progrès médical* en date du 24 juillet 1886, je lis, à la page 628, le « Texte arrêté par la commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. »

Il y est dit notamment, à l'article 6 : — « Les médecins pourront, en cas d'urgence, fournir sur place, des médicaments aux malades auprès desquels ils seront appelés et *dont la résidence sera éloignée de 5 kilomètres au moins de toute pharmacie*, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Les médecins qui useront de cette faculté seront soumis à toutes les obligations imposées aux pharmaciens par les lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente. Les vétérinaires diplômés pourront librement distribuer des médicaments destinés aux animaux. »

Je ne sais ce que vont penser nos confrères de cet article 6, qui, s'il était adopté, ne leur serait pas moins préjudiciable que l'article du numéro suivant ne l'a été aux congrégations.

Que cet article là ait été fabriqué par un pharmacien soucieux des intérêts de sa boutique et de ceux de sa corporation, je n'y contredis point, mais qu'il ait été conçu selon les règles de la justice et qu'il n'aille pas à l'encontre des intérêts non moins respectables de la profession médicale, c'est ce qu'il faudrait démontrer; je doute donc que le promoteur de cette idée et que le texte de cette commission (texte à la rédaction duquel, j'aime à le croire du moins, nos confrères de la Chambre sont étrangers) aient gain de cause au Parlement, car autrement ce serait à désespérer les médecins qui exercent à la campagne, en leur faisant entrevoir (au moment surtout où l'on s'occupe d'améliorer leur situation par la création de syndicats, qu'ils n'ont pu obtenir légalement du reste) dans un avenir plus ou moins rapproché, une candidature à la misère.

Comment, vous exigez du médecin deux diplômes de bachelier plus cinq ou six années d'études au minimum, c'est-à-dire que vous lui prenez la moitié de son existence à condition qu'elle soit longue, et en retour vous lui promettez quoi?... Je vais vous le dire; vous ne lui promettez rien, vous lui donnez... une patente à payer; vous ne lui dites pas, mais vous le pensez, qu'il aura une voiture et un cheval à payer, un domestique et un cheval à nourrir; qu'enfin on ne le dispensera ni de ses prestations, ni de l'impôt sur les voitures, ni de la taxe

© BIU Santé

sur les portes et fenêtres, ni de celle de la valeur locative, pour peu qu'il ait le culte extérieur de sa personne et qu'il tienne à être décemment logé.

Mais alors, me direz-vous, il n'y a donc que des charges dans la profession médicale, et, à vous en croire, d'ici peu il n'y aurait, parmi les médecins, que des membres participants du Bureau de bienfaisance? Patience, du train dont vont les choses, si cela n'est pas encore arrivé, cela viendra; cela viendra surtout si, au lieu de défendre les intérêts professionnels comme ils méritent de l'être, on les sacrifie toujours et on n'élève pas la voix pour les défendre.

Les médecins peuvent être divisés en 3 catégories. Dans une première, je ferai entrer les médecins de ville; parmi ceux-ci, les uns sont arrivés; ces favoris de la fortune sont les moins nombreux; des autres, je ne dirai rien; ils vivent, mais assurément ils ne mettront jamais assez d'argent à la caisse d'épargne pour se créer une retraite digne d'eux, digne surtout du capital intellectuel et matériel dépensé; ils gagnent, le plus souvent, comme ceux de la classe suivante, juste assez d'argent pour payer les frais qu'ils font pour exercer la médecine.

Les médecins cantonaux font partie de la seconde catégorie; leur situation est celle que je viens de dire; ils ne sont le plus souvent que les rabatteurs honnêtes et inconscients des pharmaciens; quand le pharmacien a prélevé l'impôt sur la soufrance, le médecin cantonal serait mal venu à demander une indemnité de route: il doit se borner à exercer un sacerdoce comme le prêtre, mais avec l'indemnité en moins et la patente en plus.

Enfin, la troisième catégorie qui, avec les privilégiés de la première, était la plus heureuse sinon la moins malheureuse, est menacée de disparaître; elle n'était payée que parce qu'elle donnait au malade quelque chose de matériel; du moment qu'elle ne donnera plus que du papier, ce papier n'aura guère plus de valeur qu'un assignat.

Ainsi, voilà donc où nous en sommes à la fin du XIXe siècle : Le pharmacien, qui au point de vue scientifique, est moins que le médecin, veut primer ce dernier et gagner davantage que lui; déjà, l'huissier, à ce dernier point de vue, prime le juge-de-paix, et l'avoué prime l'avocat; voilà la logique des choses!

Pour moi, je ne vois à cela qu'un remède, en ce qui concerne notre profession :

Faire appel à nos confrères et à tous les hommes de bon sens que renferme la Chambre, afin que dorénavant on soit un peu plus exigeant à l'ancien 3e examen de doctorat (1er actuel) et qu'on supprime tous autres grades que ceux de docteurs en médecine qui exerceraient la pharmacie à la campagne; en ville, il ne manquerait pas de confrères qui, préférant la chimie à la médecine, se spécialiseraient dans la pharmacie.

J'ajoute que l'ancienne loi est bien plus libérale et bien plus humaine que celle qu'on propose; permettez-moi d'en rappeler les grandes lignes :

« La faculté laissée au médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacie ouverte de fournir des médicaments à ses malades, n'est pas restreinte au cas où les malades habitent la même commune que le médecin et *s'étend à celui où ils résident dans d'autres communes également dépourvues d'officines.* »

En résumé, nous demandons un seul titre pour exercer la médecine et la pharmacie, ou le *statu quo ante*, ou la liberté complète d'exercer les deux professions, les titres seuls servant alors de sauvegarde au public.

Veuillez agréer, etc. Dr BOISSEUIL.

P.-S. On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, d'améliorer le sort des médecins par le développement de l'association médicale et des syndicats médicaux; or, la première ne prévoit que leur misère et les syndicats, qui auraient surtout l'avantage de rapprocher les médecins et de créer entre eux une sorte de solidarité analogue à celle qui existe dans l'armée, n'ont pas une existence légale en ce qui touche notre profession et ne pourront jamais au reste relever la profession, au point de vue du bien-être matériel, dans la proportion que l'on en a attendue.

Il ne reste donc qu'à choisir entre les trois solutions que j'indique plus haut; mais, que nos confrères députés le sachent bien, nous préférons de beaucoup le *statu quo*, en ce qui concerne la pharmacie, que de voir augmenter encore les privilèges d'une profession qui tient absolument le médecin de campagne comme le médecin de petite ville, dans sa dépendance. Ce que j'avance, je le prouve : le pharmacien peut favoriser tel médecin qu'il lui plaît suivant que ce médecin lui paraîtra prescrire davantage que son confrère, il n'a pour cela, sans même dire du mal d'aucun (ce qui doit arriver quelquefois) qu'à vanter l'un et ne rien dire de l'autre.

Si le texte arrêté par la commission était voté par la Chambre, il arriverait fatalement ceci : Que la vie ne serait plus possible pour le médecin communal et qu'on aurait augmenté la puissance du pharmacien pour tomber, comme toujours, sur ce pelé, ce galeux... le médecin.

Avec ce nouveau projet de loi, on empêchera tous les pharmaciens de deuxième classe d'arriver, c'est-à-dire la plupart, dans certains départements; alors, nous n'en aurons plus que dans les villes où il est utile qu'ils soient. Il ne faut donc pas augmenter leur puissance en leur permettant de rayonner à 5 kilomètres, c'est-à-dire partout, car avec ce système on tue non seulement le médecin mais encore le malade; quel est en effet le médecin de campagne auquel il n'est pas arrivé de voir son malade souffrir pendant de longues heures ou même succomber faute d'avoir sur lui le médicament nécessaire pour le soulager ou pour le guérir; (j'ai vu mourir des malades d'hémorrhagie post partum faute d'un peu de seigle ergoté, et d'autres se tordre de douleur faute d'un peu de morphine pour soulager un accès de coliques hépatiques ou néphrétiques). Si dorénavant il fallait faire dix kilomètres, 5 à l'aller et 5 au retour, pour avoir les médicaments, la loi nous promet de funèbres surprises; pour moi, elle me paraît être une prime donnée à la mortalité.

Pour toutes ces raisons, nous comptons sur les médecins-députés et en particulier sur vous, M. Bourneville, pour faire échouer un pareil projet de loi. Dr B.

BIBLIOGRAPHIE

De la syphilis de l'oreille, par J. BARATOUX. Paris 1886, Delahaye et Lecrosnier.

Après avoir fait un historique complet de la syphilis de l'oreille depuis les temps les plus anciens jusqu'au commencement de 1884, l'auteur passe en revue les accidents de la syphilis acquise puis ceux de la syphilis héréditaire. Il décrit tour à tour les accidents de l'oreille externe et donne une nouvelle observation de chancre du pavillon, puis il montre que la syphilis secondaire du conduit ne présente pas une forme particulière d'otite dans cette partie de l'organe, comme quelques auteurs l'ont prétendu. Le chancre se montre aussi au voisinage de la trompe d'Eustache, non seulement en France, comme le prétendent les allemands, mais encore chez eux, comme vient de le prouver un médecin de Kœnigsberg. L'auteur étudie ensuite les accidents secondaires, (catarrhe et otite sèche) et les accidents tertiaires (gomme, ostéite) de l'oreille moyenne, et enfin passe en revue les mêmes lésions de l'oreille interne. Signalons un chapitre d'anatomie pathologique de l'otite interne syphilitique. La dernière partie de ce travail est consacrée à la syphilis héréditaire. L'auteur a fait de nombreuses recherches anatomo-pathologiques sur cette forme d'otite moyenne et d'otite interne. Il en donne aussi quelques observations de guérison.

VARIA

A propos du choléra.

Depuis environ cinq ans il semble que nous soyons condamnés à avoir presque constamment à l'ordre du jour la question du choléra. Après l'Egypte, la France, l'Espagne, c'est aujourd'hui l'Italie qui de nouveau est atteinte par le fléau. A vrai dire, l'émotion publique ne paraît pas à beaucoup près être aussi vive qu'elle l'était il y a quelques années à peine. On s'est accoutumé, on s'est pour ainsi dire familiarisé avec l'idée de choléra, si non avec le choléra lui-même. On a vu le mal s'étendant relativement peu, ne frappant habituellement dans ces dernières épidémies que les personnes sans hygiène et reculant parfois devant de sages mesures sanitaires. Ces sortes d'atténuation dans l'intensité et surtout la diffusion ont paru affaiblir la légende si terrifiante du choléra. De plus, en Italie, à part la petite épidémie de la province de Coni, épidémie éteinte à l'heure qu'il est, la maladie jusqu'à ce jour sévit loin de nos frontières.

© BIU Santé

Le gouvernement français, néanmoins, a cru devoir prendre des précautions. Outre les quarantaines maritimes, le comité de direction des services de l'hygiène a fait installer sur les routes nationales et sur les voies ferrées de la frontière des Alpes des postes de surveillance médicale. Voici en quelques mots comment fonctionnent ces postes.

Tout individu passant d'Italie en France est soumis à une visite sanitaire. S'il est reconnu en parfaite santé, il peut poursuivre sa route. S'il est au contraire reconnu malade, il est retenu et soigné au poste, où se trouvent des lits, des médicaments d'urgence, des antiseptiques prescrits par les instructions du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Lorsque le voyageur poursuit sa route, le poste signale son passage et son arrivée aux autorités des villes ou villages dans lesquels il se rend. Le voyageur lui-même doit prévenir ces autorités, qui sont chargées de le faire examiner à nouveau. Ces mesures soumettent donc les personnes venant des pays contaminés à une observation dont on peut faire varier la durée et la rigueur suivant les circonstances.

Nous ajouterons que la surveillance des postes médicaux s'étend aux bagages et aux marchandises. Le linge sale en particulier est l'objet d'une attention spéciale. Aux différents postes est installé tout ce qui est nécessaire à une désinfection rapide par la chaleur, le chlorure de chaux et le sulfate de cuivre. Enfin, la police des routes est assurée par la gendarmerie, par la douane, par les commissaires, les gardes-forestiers, etc. Mais la direction des postes est confiée au corps médical.

Les avantages de ce système de défense sanitaire préconisé par le Comité de Direction des services de l'hygiène sont faciles à saisir. Les transactions ne sont pas incommodées, la visite ne dure que quelques instants ; les voyageurs ne perdent de temps que s'ils sont malades, et dans ce cas ils sont bien heureux de trouver un abri et des soins. Les quarantaines terrestres d'ailleurs paraissent aujourd'hui jugées. Non seulement elles entravent le commerce et l'industrie, non seulement elles sont vexatoires et exposent à d'incessantes récriminations souventinternationales, non seulement l'établissement des cordons sanitaires qu'elles comportent, nécessitent de grandes dépenses, mais encore et surtout au point de vue technique, au point de vue des conséquences pratiques, leur condamnation est prononcée. Faire des quarantaines terrestres, c'est créer artificiellement des foyers de contamination. L'expérience a jugé la question, et, sans remonter bien loin, il suffit de voir les résultats obtenus par l'Espagne et l'Italie en 1884.

Nous devons cependant signaler, à côté des avantages, les lacunes de l'organisation protectrice dont nous venons à grands traits d'esquisser les principales lignes. Si un voyageur, après avoir franchi la ligne des postes, ne prévient pas les autorités de la localité dans laquelle il est venu se fixer, ou si ces autorités ne le font point visiter, les pouvoirs publics sont mal armés pour sévir. Il existe bien une loi, vieille de plus de 60 ans, qui édicte des pénalités contre tout individu enfreignant, en temps d'épidémie, les règlements sanitaires. Mais cette loi conçue et votée sous l'empire de la terreur de la fièvre jaune ne formule que des châtiments extrêmes, et sa rigueur même la rend inapplicable. Il en résulte que les responsabilités ne sont ni suffisamment établies, ni suffisamment assurées.

Il appartient aux législateurs de combler ces lacunes. Du reste, si l'on en juge par le nombre et l'importance des projets dus à l'initiative des membres du Parlement ou du Comité de Direction, il semble que l'on ait compris le dénûment de notre organisation sanitaire.

Les lacunes que nous signalons, en effet, ne sont qu'une faible part de toutes celles qui existent, et, cependant, il paraît établi que l'application stricte des moyens rationnels que les plus récents travaux sur le choléra ont mis en lumière, peut beaucoup pour localiser et même faire disparaître le mal. L'histoire du choléra de Bretagne montre que même dans un pays où la malpropreté, comme en Espagne d'ailleurs, marche de pair avec l'influence religieuse, les mesures prescrites par le Comité de Direction des services de l'hygiène ont pu enrayer une épidémie qui ne finissait pas et qui a pu désoler certains de nos petits ports de pêche, puisque à Audierne, sur 1.600 habitants, 165 ont succombé, chiffre qui donnerait un nombre de dix mille victimes environ pour une ville de 100.000 habitants.

Si nous avons l'occasion de faire un jour à cette place une courte étude de cette épidémie de Bretagne, nous pourrons, tout en indiquant les moyens employés, montrer la nécessité de munir d'une façon permanente l'autorité sanitaire de pouvoirs qui rendront sa tâche plus facile et plus sûre.

Distribution des prix à l'École municipale de la Pitié.

La distribution des prix aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié a eu lieu le samedi 14 août, à 4 heures de l'après-midi dans l'amphithéâtre des cours cliniques, orné avec goût, pour la circonstance. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique présidait. Il était assisté de M. le Dr Bourneville, de MM. Collin, conseiller municipal, Dr Napias, inspecteur général des établissements de bienfaisance, M. Imard, inspecteur général de l'Assistance publique, M. Mourlan, chef de division ; M. le Dr Maygrier, M. le Dr Ch. Petit-Vendol et M. Yvon, professeurs de l'Ecole ; plusieurs internes de la Pitié ; MM. Le Bas, Parturier, Waldruche, Girard, directeurs de la Salpêtrière, de Lourcine, des Enfants Assistés et de la Pitié. M. Peyron a ouvert la séance par l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

Nous ne devons pas seulement aux malades qui viennent dans nos hôpitaux, des médecins instruits et dévoués, des médicaments bien préparés, une alimentation réparatrice, nous ne leur devons pas seulement de bons surveillants et de bonnes surveillantes, nous leur devons aussi, et c'est là peut-être pour eux l'une des garanties les plus essentielles, nous leur devons de bons infirmiers et de bonnes infirmières.

Le recrutement de cette partie de notre personnel était, dans le passé, et je n'oserais pas dire que là n'est pas encore aujourd'hui, le point faible de notre organisation hospitalière. Au siècle dernier, Tenon disait :

« Il est difficile de trouver de bons infirmiers et de bonnes infirmières. Cette classe de serviteurs manque dans beaucoup d'hôpitaux. Elle est essentielle, et mérite une grande attention. »

Plus tard, en 1839, une Commission médicale, chargée d'étudier cette question, s'exprimait ainsi :

« Les infirmiers ne sont là, pour la plupart, que parce qu'ils n'ont pas d'autres ressources, et parce qu'ils espèrent y trouver les occasions de s'indemniser de la modicité de leurs gages . . . . . Il faudrait en augmenter le nombre, les mieux payer, les mieux nourrir. »

Suppléer à la qualité par le nombre, ce n'était pas apporter le vrai remède à la situation. Mieux payer les infirmiers et les infirmières était certainement une des premières réformes à opérer ; c'est un devoir auquel l'administration ne s'est pas soustraite, et auquel elle n'est pas disposée à se soustraire dans l'avenir, car, pour ma part, j'estime qu'il reste encore quelque chose à faire de ce côté.

L'amélioration réalisée dans ce sens est cependant considérable, et les différences successives que l'on constate sur le taux des traitements, de 1836 à 1882, en font foi. En 1836, les surveillants et surveillantes touchaient par an 300 fr., les garçons 150 fr., les filles de service 120 fr.

En 1861, une amélioration notable est réalisée : les sous-employés touchent de 360 à 500 fr. ; les serviteurs de 1re classe de 252 à 300 fr. ; les serviteurs de 2e classe, de 180 à 252 fr.

Enfin, depuis 1882, les surveillants et surveillantes, touchent de 400 à 800 fr., les serviteurs de 300 à 400 fr.

Comme je le disais tout à l'heure, j'espère que, si considérable que soit la différence entre l'état actuel et l'état ancien, la situation présente n'est pas définitive, et que le Conseil municipal aidant, les traitements du personnel inférieur qui représentent déjà un gros chiffre dans notre Budget, s'élèveront encore.

L'administration, Mesdames et Messieurs, n'a pas cessé de se préoccuper en même temps des questions relatives à l'amélioration de vos logements, de votre régime alimentaire et de tout ce qui touche à votre bien-être. Plus d'un progrès, il est vrai, reste encore à réaliser, et ceux qui ont visité le dortoir réservé dans cet hôpital à nos infirmières savent combien, de ce côté, une réforme est urgente. Mais là ne se bornent pas les mesures à prendre pour parvenir au but que nous nous proposons.

En dehors de cette situation matérielle meilleure, et qui peut

© BIU Santé

faciliter notre recrutement, je compte beaucoup, pour la bonne composition de nos cadres inférieurs, sur le concours que je réclame et que j'attends de tous nos directeurs d'hôpitaux. Ils savent tout d'abord que ce que je leur demande c'est de s'occuper d'une manière instante et personnelle du choix de ce personnel, de prévoir longtemps à l'avance les vides qui peuvent se produire dans leurs établissements, et, pour combler ces vides, d'avoir toujours une liste de personnes ayant fait de leur part l'objet d'une enquête, leur offrant ainsi des garanties, et de ne pas se laisser acculer à la nécessité de recevoir le premier coureur de places qui vient s'offrir à eux. Je leur demande de ne choisir, autant que possible, que des personnes possédant déjà cette instruction primaire dont l'acquisition, quand on la veut faire à un âge avancé, coûte tant d'efforts, tant de peines parfois infructueuses.

Mais toutes ces améliorations de salaire, de bien-être matériel, tout ce soin apporté par les Directeurs dans leurs choix ne seraient jamais à mon avis suffisants pour élever le niveau de nos cadres inférieurs à ce degré de moralité, de tenue, d'instruction et d'éducation que nous avons l'ambition de leur voir atteindre.

L'un de mes prédécesseurs, M. Husson, l'a dit en termes excellents : « La perspective d'arriver par un avancement régulier à une situation importante et considérée sera toujours pour le serviteur intelligent qui aspire à sortir de sa condition un stimulant autrement puissant que le seul intérêt pécuniaire ».

Bien que ce passage remonte à 1869 et qu'à ce moment il ne fût guère question de modifier la surveillance de nos services, M. Husson me paraît avoir donné un des arguments les meilleurs, les plus topiques, et dont, à mon avis, on ne tire pas assez partie en faveur de cette transformation de nos services qui fait l'objet de si acerbes et de si injustes critiques. J'estime, en effet que le grand nombre de ces situations importantes et considérées dont parle M. Husson, et qui, autrefois fermées à nos infirmiers et à nos infirmières, leur sont maintenant ouvertes, je dis que le nombre de ces emplois de surveillance qui va prochainement s'augmenter et s'augmentera encore dans l'avenir, et que chacun et chacune de vous peuvent légitimement ambitionner comme le fruit de son travail, de sa bonne conduite, de son instruction, devront nous attirer un personnel offrant de bien autres garanties que celui qui venait à nous sans espérance de sortir de sa situation inférieure. Cet heureux effet s'est déjà produit, et déjà, Mesdames, on compte dans vos rangs des personnes pourvues du brevet de capacité pour l'enseignement primaire.

Nous sommes en bonne voie; nous ne devons pas nous arrêter en si bon chemin. Il vous faut largement profiter des sources d'instruction que l'administration met à votre disposition. Il faut que nos écoles d'infirmiers et d'infirmières donnent leur plein.

Messieurs les Directeurs des hôpitaux écoles, dont le concours nous a été si précieux, continueront à assurer, comme je le réclame d'une façon pressante, la fréquentation obligatoire de tous les cours. Et que cette obligation que je vous impose ne vous fasse pas crier à la liberté violée. L'intérêt général doit primer les convenances particulières ; et ce n'est pas seulement au nom de mon autorité administrative, c'est au nom de l'intérêt supérieur des malades que j'ai pris ces mesures. Et, du reste, rien ne retient celles que cette obligation peut gêner, et qui, en s'y dérobant, prennent dans nos hôpitaux-écoles des places qui seraient mieux occupées.

Que MM. les Directeurs continuent donc de tenir une main ferme à cette obligation; qu'ils se servent plus encore de la persuasion que de la contrainte pour attirer toutes les récalcitrantes. Une fois à l'école, en présence du concours si zélé qu'elles y rencontreront, elles se rendront compte du bénéfice qu'elles peuvent trouver dans cette instruction qui leur est offerte ; venues peut-être à contre-cœur, elles reviendront de bonne volonté et avec plaisir, et pour les retenir, je compte surtout sur l'intérêt que savent donner à leurs leçons les hommes si distingués qui veulent bien se dévouer à cet enseignement.

Travaillez donc énergiquement, Mesdames, et préparez-vous à bien remplir les emplois aujourd'hui à votre portée.

Si l'espérance d'occuper un jour ces emplois nous amène de bonnes infirmières, les bonnes surveillantes à leur tour agiront d'une heureuse manière sur le personnel placé sous leurs ordres.

Les unes et les autres doivent penser avant tout à l'intérêt des malades. Il faut que les infirmiers et les infirmières, les surveillants et les surveillantes aient toujours cet intérêt en vue. Si vous pensez à vos malades, à ce que vous leur devez, à ce qu'ils attendent de vous, Mesdames et Messieurs, les besognes rudes ou répugnantes que vous trouverez sur votre route, vous seront faciles, et vous ne verrez plus que ce qu'il y a de noble dans vos fonctions.

Livrez-vous donc de cœur à votre tâche, apportez-y cette affection que l'on doit à ceux qui souffrent, et soyez sûrs que l'administration fera de son côté tout le possible pour rendre votre situation meilleure. Comptez pour cela sur sa sollicitude et sur le concours du Conseil municipal et du Conseil de surveillance de l'Assistance Publique qui, en se faisant représenter à cette fête ont, l'un et l'autre, marqué une fois de plus l'intérêt qu'ils vous portent.

Monsieur le Directeur a donné ensuite la parole à M. Bourneville, qui a prononcé le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

L'année scolaire qui vient de se terminer, a été bonne pour l'école de la Pitié. Les conseils, donnés par M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique et par nous, ont été écoutés ; les cours professionnels ont été fréquentés avec assiduité par plusieurs surveillantes et par la majorité des infirmières de l'établissement; de plus, 141 élèves externes se sont fait inscrire et 14 ont subi les examens pratiques.

Presque toutes les élèves ont pris part aux compositions. Ces compositions et les examens pratiques nous ont démontré que vous aviez profité sérieusement des leçons que vos maîtres vous font avec tant de zèle et de dévouement. Nous devons aussi des remerciements à M. le Directeur de la Pitié et à M. Baron pour les soins qu'ils ont apportés à assurer l'exécution des ordres de M. Peyron, relativement à l'obligation et pour les encouragements qu'ils ont prodigués aux sous-surveillantes et aux suppléantes dans le but de suivre les cours et d'obtenir leurs diplômes.

Vos efforts ont été récompensés ; cette école, en effet, a obtenu 35 diplômes sur 70. Nous aurions même eu une dizaine de diplômes en plus à décerner si quelques-unes d'entre vous n'avaient pas manqué une ou deux des compositions. Afin qu'il n'y ait aucune obscurité dans vos esprits sur les conditions requises pour l'obtention de ces diplômes, nous allons vous les rappeler encore une fois.....

[M. Bourneville donne les renseignements qui figurent dans le discours prononcé à la Salpêtrière. Il cite plusieurs élèves auxquelles il n'a manqué qu'une ou deux compositions, il les engage à faire ces compositions ; puis, il continue en ces termes :]

Ce n'est pas à dire, toutefois, qu'elles ne doivent pas faire les autres compositions, et se borner à suivre les seuls cours pour lesquels il leur reste à avoir le diplôme; bien au contraire, nous les engageons vivement à suivre tous les cours, et à faire toutes les compositions, car on n'est jamais trop instruit et par ce que, d'un autre côté, elles ont ainsi l'occasion d'arriver à un point supérieur à celui qu'elles possèdent dès maintenant. Afin de vous témoigner notre désir de vous voir le plus tôt possible en possession de votre titre, ici et dans les deux autres écoles, nous demandons à M. le Directeur de bien vouloir nous autoriser à recommencer les cours dès le 1er octobre et à faire faire dans le courant de ce mois, des compositions spéciales aux élèves qui se sont approchées le plus près du but.

Souvenez-vous de ce que vous a dit M. le Directeur; et il ne trouvera pas mauvais que nous le répétions, c'est que, sauf quand il s'agit de personnes ayant rendu de longs services, il est parfaitement décidé à ne donner d'avancement qu'aux infirmières suivant exactement les cours, faisant toutes les compositions, et, en première ligne, à celles qui ont ou auront leur diplôme. Nous pensons même, qu'il est dans ses intentions, la laïcisation complètement achevée, et l'Ecole de la Pitié étant enfin devenue une véritable *Ecole de perfectionnement*, qu'il est dans ses intentions, de ne nommer suppléantes et sous-sur-

© BIU Santé

veillantes que les infirmières diplômées, qui, après avoir suivi les cours de Bicêtre ou de la Salpêtrière, viendront ici perfectionner leur instruction professionnelle ; c'est alors, que nous lui proposerons, s'il y a lieu, de créer un certificat ou un diplôme supérieur.

L'an dernier, nous avons signalé à M. le Directeur de l'Assistance publique la nécessité d'une amélioration importante à réaliser dans cet hôpital, au point de vue de vos dortoirs. M. Peyron les a visités à son tour, il a reconnu l'exactitude de nos critiques, les circonstances seules l'ont empêché d'opérer les améliorations indispensables. Nous avons la conviction qu'il ne les perdra pas de vue et qu'il fera ici ce qu'on devrait faire partout pour les infirmiers et les infirmières, c'est-à-dire des chambres distinctes, aménagées simplement, mais d'une manière confortable.

Nous manquerions à nos devoirs et à votre attente si nous ne vous donnions des renseignements sur la situation actuelle de la laïcisation, sur ce qui a été fait et sur ce qui reste à faire.....

M. Bourneville rappelle tout ce qui a été fait et continue ainsi :

Nous espérons que M. Peyron se hâtera de dénoncer, s'il ne l'a fait déjà, les traités qui lient l'Administration avec les congrégations de l'hôpital Necker, de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital de Forges : C'est le meilleur moyen de paralyser toutes les tentatives qui ne manqueront pas d'être faites, si on retardait cette mesure de précaution, afin que cette décision ne soit pas exécutée.

L'autre jour, à la Salpêtrière, nous énumérions devant M. Peyron les ressources que les écoles mettent à sa disposition pour mener à bien et vite la laïcisation. Nous lui citions notamment la possibilité de recruter immédiatement ici une nouvelle série de boursières, ce qui répond à ses intentions, parmi les élèves externes, dont le nombre va croissant chaque année. Nous lui indiquerons aujourd'hui la possibilité de prendre immédiatement parmi les élèves externes récompensées toutes celles qui désirent embrasser la profession d'hospitalière et de combler avec elles les vides que feront les prochaines laïcisations ou les vacances qui surviendront ici, à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Voilà l'une des ressources, et non la moindre, sur lesquelles l'Administration peut tabler pour achever l'œuvre si républicaine de la laïcisation.

Mais, nous attendons encore davantage des élèves externes. Si nous avons tant insisté, dès l'origine, — et nos trop nombreux discours en font foi, — sur la nécessité d'ouvrir largement les écoles aux dames de la ville ; si nous avons sans cesse répété dans les écoles, au Conseil municipal, dans la presse, dans les réunions publiques, que l'Administration — alors trop récalcitrante et nous n'en avons pas oublié les causes — que l'Administration, disons-nous, avait le devoir de faire appel à toutes les bonnes volontés, d'accueillir avec bienveillance toutes les dames qui se présenteraient, c'est que, suivant nous, les Ecoles municipales d'infirmières devaient non seulement fournir à l'Assistance publique des infirmières capables de remplacer très avantageusement les sœurs — puisque, quelque minime qu'elle soit, l'instruction est supérieure à l'ignorance, quelque sainte qu'elle soit ; — mais encore que ces écoles devaient mettre les mères de famille en mesure d'apprendre à mieux soigner leurs malades, d'où économie de souffrances pour des êtres chéris, économie de dépenses pour le budget de la famillle; augmentation des chances de guérison, et partant avantage pour la société ; — suivant nous encore, la libre admission des élèves externes devait procurer à la ville un bon nombre de garde-malades supérieures à celles qui existaient auparavant, plus instruites, mieux au courant de leur profession, afin de remplacer dans les familles les religieuses, souvent instrument de captation, par des laïques, sans attaches religieuses, n'ayant d'autre intérêt que celui de bien soigner les malades et de se les attacher par leur dévouement.

C'est pour réaliser ce désir si souvent exprimé — et qui répond aux vues du Conseil municipal, qui est en harmonie avec les intérêts de la République, c'est-à-dire de tous les citoyens, qu'une fois de plus nous demandons à M. Peyron de faire établir ici un registre contenant les noms et les adresses de toutes les élèves externes diplômées qui veulent exercer la profession de garde-malades, et de mettre ce registre à la disposition et des médecins de la ville et des familles. En venant à la Pitié, les uns et les autres sauront qu'ils peuvent se procurer des garde-malades offrant des garanties de savoir. Ce n'est pas là, nous le répétons, une innovation : une telle pratique existe, par exemple, en Angleterre et en Autriche. Dans ce dernier pays, si catholique, il n'y a que des infirmières laïques. A Vienne, le prince royal est le président d'une grande école d'infirmières, dont le directeur est l'un des plus éminents chirurgiens de l'Autriche, le professeur Billroth (1).

Au lieu de protester avec bruit contre la laïcisation et de nous combattre par des petits moyens indignes de leur situation, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux feraient bien mieux d'imiter l'exemple de M. Billroth. Le jour où ils comprendront que nous cherchons à leur fournir des auxiliaires vraiment capables, ils encourageront à l'exemple de MM. Charcot, Brouardel, Debove, Moreau de Tours, Legrand du Saulle, Falret, J. Voisin, Deny, etc., etc. ; leurs infirmiers et leurs infirmières à suivre assidûment les cours des Ecoles, et ils contribueront ainsi à procurer aux malades les soins intelligents et dévoués qu'ils devraient avoir depuis longtemps : ils réaliseront les réformes que réclamaient il y a 30 ans les membres du Comité médical dont M. Peyron parlait tout à l'heure.

Nous terminerons en vous invitant, Mesdames et Messieurs à redoubler d'exactitude aux cours, d'ardeur à profiter des leçons de vos maîtres et des surveillantes dévouées chargées des exercices pratiques, Mme Graby, Mme Boissière et Mme Mallet ; en vous recommandant de nouveau de vous montrer très bienveillantes et très dévouées pour les malades ; de ne manquer aucune occasion de remonter leur courage ; — en vous priant d'être complaisantes les unes pour les autres, de vous aider franchement et sérieusement.

En suivant ces conseils vous gagnerez toutes en considération et vous récompenserez le Conseil municipal, l'Administration et vos maîtres de tous les sacrifices qu'ils font pour vous mettre, vous les laïques, en mesure de lutter victorieusement contre les religieuses.

Il a été ensuite procédé à la distribution des prix, consistant en livrets de caisse d'épargne et en livres.

Limite d'âge.

Nous avons dans les précédents numéros annoncé la mise à la retraite de MM. Gavarret, Sappey, Hardy et Chatin, nous signalerons aujourd'hui celle de MM. Druhen et Sanderet de Valorme (de Besançon), Maheut (de Caen), Fleury et Nivet (de Clermont), Morlot (de Dijon), Barny (de Limoges), Joire, Garreau et Pilat (de Lille), Benoit et Dupré (de Montpellier), Herrgott, V. Parizot, Roussel, Bechet et Demange (de Nancy). Cette liste est loin de comprendre encore tous les professeurs d'Ecoles et de Facultés de médecine qui auraient droit à une retraite bien méritée. Nous ne pouvons toutefois que féliciter M. le ministre d'avoir entrepris une réforme depuis longtemps réclamée par tous ceux qui ont plus à cœur l'intérêt de l'enseignement que les intérêts des particuliers. Nos lecteurs savent que depuis longtemps le *Progrès* s'est fait l'interprète de ces réclamations. L'opinion publique s'est émue et plusieurs journaux ont apprécié les mesures prises par M. le ministre de l'instruction publique. Plus récemment, plusieurs de nos confrères de la presse médicale, parmi lesquels nous citerons M. Lutaud, ont appuyé la mesure prise par M. le ministre de la façon suivante :

« On ne verra plus des vieillards caducs occuper des chaires de première importance et faire des cours inutiles devant des banquettes, alors que des agrégés instruits et capables moisissent dans l'inaction. Nous n'aurons plus l'affligeant spectacle des Piorry et des Bouchardat. Mais, nous avons le regret de le dire, le ministre n'a fait les choses qu'à moitié et le décret est loin de donner satisfaction aux intérêts de l'enseignement et même à la simple équité. Au lieu de prendre 65 ans comme limite d'âge, et d'accepter l'usage admis dans nos hôpitaux, le Conseil supérieur a exigé que cette limite soit portée à 70 ans. Bien plus, on a créé une exception que nous considérons comme attentatoire à l'équité et au bon sens. Nos lecteurs vont en être juges.

« Le décret en question devrait atteindre quatre professeurs de

(1) Voir dans le n° 33 la lettre de M. le Dr Kéraval.

© BIU Santé

la Faculté de Paris, qui sont MM. Sappey, Gavarret, Hardy et Richet. Les trois premiers, qui ont cependant rendu à l'enseignement des services notoires et continuaient même leurs cours avec succès, ont été condamnés sans appel. Mais le quatrième, qui est un des plus âgés et qui aurait les plus grands droits à une retraite honorable, va être conservé. Pourquoi ? Parce que le décret contient une clause additionnelle établissant que « *ceux des professeurs de Faculté qui appartiennent à l'Institut seront conservés jusqu'à 75 ans.* »

Nous avons apprécié naguère, de la même façon que le *Journal de médecine de Paris*, la faveur injusticiable dont jouissent les membres de l'Institut; ces Messieurs n'ont pas, que nous sachions, le privilège d'échapper aux conséquences de l'âge.

La mise à la retraite des professeurs à un âge déterminé n'empêche, du reste, nullement ceux d'entre ces professeurs qui se croiraient capables de lutter encore et d'enseigner, d'ouvrir des cliniques libres à côté des cliniques officielles, et nul ne peut mettre en doute qu'ils n'attirent autour d'eux un nombreux public si leur enseignement répond aux exigences modernes.

La dormeuse de la Salpêtrière.

Les journaux politiques ont beaucoup parlé la semaine dernière, comme d'une nouveauté d'un cas extraordinaire, d'une malade de la Salpêtrière, nommée Eudoxie Hé....., Or, les cas d'attaques de sommeil sont assez fréquents chez les hystériques, ainsi que nous l'avons montré dans le tome III de l'Iconographie de la Salpêtrière (pages 1 à 145), volume dans lequel nous avons rapporté tout au long l'histoire de la *dormeuse de la Salpêtrière*.

Concours de l'Internat de la Maison nationale de Charenton.

Un concours pour trois places d'internes à la Maison nationale de Charenton a été ouvert le 26 juillet au ministère de l'intérieur.

Le jury était composé de MM. les Drs Christian, Ritti, Du Mesnil, Ladreit de Lacharrière, Damalix. Sur quatre candidats inscrits, trois seulement ont pris part aux épreuves, le quatrième n'ayant pas répondu à l'appel de son nom.

Les épreuves comprenaient : une composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux ; une épreuve orale d'un quart d'heure sur une question de pathologie externe et une de pathologie interne.

La question écrite tirée au sort était *le nerf facial anatomie et physiologie*. Les autres questions mises dans l'urne étaient : *Nerf pneumogastrique anatomie et physiologie. Bulbe rachidien anatomie et physiologie.*

Les épreuves orales faites le 28 juillet se composent des questions suivantes : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Diagnostic de la hernie inguinale. Attaque d'épilepsie, fracture de la clavicule. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë. Fractures de côtes.* La question traitée par les candidats était : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde et diagnostic de la hernie inguinale.* A la suite de ce concours, MM. Champeil, Doucet et Ferrière ont été nommés pour trois ans internes de la Maison nationale de Charenton.

— Nos lecteurs n'ont pas oublié que c'est à la suite des réclamations réitérées du *Progrès médical* et de son rédacteur en chef que le concours pour l'internat de Charenton a été institué. Toutefois, au point de vue même du concours, nous regrettons que M. le ministre de l'intérieur n'ait pas cru devoir joindre ce concours au concours de l'internat des asiles d'aliénés de la Seine, en faisant, dans le jury, la part des médecins de la Maison de Charenton. Nous trouvons également regrettable que les questions, pour la première épreuve, soient spécialisées au système nerveux ; c'est commencer trop tôt la spécialisation.

Enseignement médical libre.

Hôpital de la Charité. — Cours des vacances. — M. Landouzy, agrégé, suppléant pendant les vacances, M. le professeur Hardy à la Charité, a commencé le mardi 24 août, à 10 heures, des leçons cliniques qu'il continuera les samedis et les mardis suivants. Visite tous les jours à 9 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris.— Du dimanche 15 août 1886 au samedi 21 août 1886, les naissances ont été au nombre de 1197 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 399 ; illégitimes, 130. Total, 529. — *Sexe féminin* : légitimes, 434 ; illégitimes, 134. Total, 568.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 août 1886 au samedi 21 août 1886, les décès ont été au nombre de 915, savoir : 482 hommes et 433 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 16, F. 7,T. 23 Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 3, F. 14, T. 17.—Scarlatine : M. 5, F. 4, T. 9.—Coqueluche : M. 3, F. 9, T. 12.— Diphthérie, Croup: M. 7, F. 3, T. 10. — Dyssenterie: M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 0, F. 0, T. 0. —Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques: M. 00, F. 00, T. 00.—Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 18, F. 26, T. 44. — Phthisie pulmonaire : M. 111, F. 66, T. 177. —Autres tuberculoses : M. 17, F. 12, T. 29.—Autres affections générales : M. 26, F. 38, T. 64.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 16, F. 19, T. 35. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 13, T. 21. — Pneumonie : M. 28, F. 28, T. 56. — Athrepsie : M. 79, F. 74, T. 153. — Autres maladies des divers appareils : M. 124, F. 104, T. 228. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 13, F. 3, T. 16. — Causes non classées : M. 6, F. 10, T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 17.Total : 49 — *Sexe féminin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 16. Total : 48.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Sont nommés pour une période de deux ans, à partir du 1er novembre 1886 : 1° *Chefs de clinique médicale* : MM. Rivals et Mesnard, en remplacement de MM. Dignat et Chambrelent, dont le temps d'exercice est expiré ; — 2° *Chef adjoint de clinique médicale* : M. Martin du Magny ; — 3° *Chef de clinique obstétricale* : M. Chambrelent, en remplacement de M. Rivière, dont le temps d'exercice est expiré ; — 4° *Chef adjoint de clinique obstétricale* : M. Massy.

Faculté des sciences de Lille. — M. Demartres, dr ès sciences, chargé du cours de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Montpellier, est chargé pendant l'année scolaire 1886-1887 d'un cours de *calcul différentiel et intégral*.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Grasset, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de clinique médicale à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Fabry, dr ès sciences, maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Nancy, est chargé pendant l'année scolaire 1886-1887 d'un cours de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Montpellier.

Faculté des sciences de Nancy. — M. Paraf, agrégé des sciences mathématiques, préparateur à l'Ecole normale supérieure, est nommé pour l'année scolaire 1886-1887, maître de conférences de mathématiques, en remplacement de M. Fabry, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Andoyer, dr ès sciences, chargé de conférences mathématiques à la Faculté des sciences de Toulouse, est nommé, pendant l'année scolaire 1886-1887, maître de conférences mathématiques à ladite Faculté.

Ecole des Hautes-Etudes. — Le laboratoire dépendant de la chaire de minéralogie occupée par M. Descloizeaux, au Muséum d'histoire naturelle, est rattaché à la deuxième section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. (*Sciences physico-chimiques.*)

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la bourse de voyage de* (2.000 *fr.*). — Le jury est ainsi constitué : 1° Médecins des asiles et des quartiers d'hospice (5 membres) : MM. les Drs Ball, de Lamaëstre, Bouchereau, Vallon, Jules Voisin ; — 2° Médecin des hôpitaux (1 membre) : M. le Dr Hanot ; — 3° Chirurgien des hôpitaux (1 membre) : M. le Dr Berger. — Les candidats qui se sont fait inscrire, pour prendre part à ce concours, sont : MM. Vrain, Dupain, Pichon, internes à Ste-Anne ; Dericq, ancien interne de Ste-Anne.— *Concours à une place de pharmacien en chef.* Les épreuves ont commencé le 23. La question écrite tirée au sort a été : *Caractère botanique des Crucifères. Des Amines. Des Vins médicinaux.* — Les deux autres questions restées dans l'urne étaient les suivantes : *Néniaboïdes. Glycols. Des préparations de belladone. Caractères botaniques des convolvulacées. Généralités sur les alcools monoatomiques saturés d'hydrogène. Des pommades.*

Médecins de colonisation en Algérie. — Le service médical de colonisation en Algérie est régi par le décret du 23 mars 1883, les docteurs en médecine pourront être admis, à l'avenir, dans les cadres du personnel titulaire jusqu'à l'âge de 35 ans accomplis. Cette limite est portée à 40 ans pour les praticiens qui justifieront de 5 ans de services dans les armées de terre et de mer. — Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de la clientèle payante, sont les suivants :

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 36. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 4 SEPTEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Le pénis des vertébrés supérieurs aux poissons, (batraciens et amniotes), dérive-t-il du membre copulateur des sélaciens ?

Par le Dr **Paul POIRIER**, professeur agrégé d'anatomie.

MEMBRE PÉNIEN (Albrecht.)

Pour DOHRN, le *pénis* et son homologue femelle, le *clitoris*, représenteraient une paire de branchies d'un ancêtre annelé. Chez le requin (*carcharias*), dit-il, une partie des nageoires abdominales s'est transformée en une sorte de pénis, et la nageoire elle-même, que l'on s'en souvienne, n'est qu'une branchie.

Dans un mémoire publié en 1886, ALBRECHT compare l'organe copulateur, non point à une branchie, mais à deux membres ayant une valeur morphologique égale à celle des membres thoraciques et abdominaux. GEGENBAUR, et avec lui, à peu près tous les anatomistes, admettent que le fémur des vertébrés supérieurs aux poissons (Batraciens et Amniotes) représente le métaptérygium de la nageoire abdominale, comme l'humérus représente celui de la nageoire thoracique. Tous sont d'accord pour reconnaître que le basiptérygium de la nageoire abdominale ne se divisant jamais en proptérygium, mésoptérygium et métaptérygium, ce dernier représente le basiptérygium primitif tout entier.

Mais ALBRECHT n'est point de cet avis. Pour lui, le basiptérygium de la nageoire abdominale se divise, aussi bien que celui de la nageoire thoracique, en proptérygium, mésoptérygium et métaptérygium. De ces trois divisions, la première (proptérygium) disparaît au membre abdominal, comme elle disparaît au membre thoracique. La deuxième donne le fémur des poissons, fémur qui se transmettra aux Batraciens et aux Amniotes, et qu'il appelle *orthofémur* (fémur véritable). Quant au métapterygium, il diparaît habituellement ; mais il peut persister, ainsi que cela arrive chez la Raie, par exemple, et, dans ce cas, il va constituer la moitié du pénis. Aussi le désigne-t-il sous le nom d'*hémi-péni-fémur* (c'est-à-dire fémur formant la moitié du pénis), par opposition à l'orthofémur dérivé du mésoptérygium.

L'hémipénis de la Raie correspond au conduit pénien des Lézards et des Serpents (Reptiles), tandis que sa moitié postérieure répond à la moitié du pénis des Cécilies et des Urodèles (Batraciens), des crocodiles et des Tortues (Reptiles), des Oiseaux et des Mammifères, y compris l'homme. Le pénis de l'Homme représente donc la moitié seulement du pénis de la Raie et des autres Sélaciens. Il est né de la soudure de la moitié basilaire des hémipénis des Sélaciens.

Le pénis n'est qu'un clitoris mâle hypertrophié. Le clitoris n'est qu'un pénis femelle peu développé. Le clitoris, pas plus que le pénis, n'est un viscère. L'un et l'autre résultent de la soudure de deux membres abdominaux sur la ligne médiane. Chaque hémipénis des Sélaciens a son hémi-péni-squelette. L'os, le cartilage, qu'on trouve dans le pénis ou le clitoris de certains mammifères (du Chien, par exemple), sont un reste, un souvenir de ces hémipénisquelettes. On sait que parfois le gland de l'homme possède un osselet ou un cartilage. La présence de cette pièce, plus fréquente chez les Nègres que chez les Blancs, s'explique par l'atavisme.

Lorsque le gland de l'Homme reste fendu, il représente les deux hémi-glands des Marsupiaux. Si le pénis est fendu tout entier, il rappelle les deux hémipénis des Sélaciens.

La peau du ventre va se continuer sur une partie du pénis, à laquelle on donne d'ordinaire le nom de *face dorsale*. Comme la peau du dos se continue précisément sur la face opposée du pénis, c'est-à-dire sur celle où se trouve le raphé, ALBRECHT propose de réserver à cette dernière le nom de *face dorsale*, et à l'autre celui de *face ventrale*. Or, chez presque tous les Vertébrés, le ventre regarde en bas et non pas en avant, le dos en haut et non pas en arrière ; d'après ALBRECHT, on devrait dire qu'il y a *hypospadias*, lorsque le canal de l'urèthre s'ouvre sur la face ventrale (ex-dorsale) du pénis, et *épispadias*, lorsque l'ouverture de ce canal se fait sur la face dorsale de cet organe (c'est-à-dire sur la face qui est le siège du raphé).

LE MEMBRE ABDOMINAL DES VERTÉBRÉS SUPÉRIEURS AUX POISSONS DÉRIVE DE LA PORTION MÉTAPTÉRYGIALE, OU COPULATRICE, DU MEMBRE ABDOMINAL DES SÉLACIENS (Poirier.)

La lecture du très intéressant mémoire d'ALBRECHT, que nous avons connu par une simple analyse, nous ayant causé une certaine surprise, nous avons naturellement tenu à nous éclairer sur la valeur des assertions de cet auteur. Après avoir disséqué le membre abdominal sur plusieurs Raies, tant mâles que femelles, nous sommes arrivé à des résultats, en partie conformes à ceux de l'éminent anatomiste, mais aussi et surtout en contradiction avec eux. Pour obtenir ces déterminations, nous nous sommes, avant tout, basé sur le *principe des connexions*, principe, qui, formulé au commencement de ce siècle, par notre grand ETIENNE GEOFFROY SAINT-HILAIRE, a rendu les plus importants services à la Morphologie.

La ceinture abdominale de la Raie est formée par deux moitiés soudées sur la ligne médio-ventrale, et subdivisées l'une et l'autre en deux plaques secondaires : 1° l'une dorsale, l'*ilium* (IL) ; 2° l'autre ventrale, l'*ischio-pubis* (IS, PU). A la réunion de ces deux plaques, suivant une ligne oblique allant de la tête vers la queue, du dos vers le ventre et de dehors en dedans, se trouvent articulés quatre rayons que nous avons cru pouvoir comparer : 1° le premier au proptérygium (Propt.) ; 2° les deux suivants au mésoptérygium (Mésopt.) ; 3° le quatrième au métaptérygium ou fémur (Métapt. ; F.)

Le rayon proptérygial représente, ou bien l'un des deux rayons proptérygiaux que nous avons trouvés au membre thoracique du Chien de mer, ou bien ces deux rayons fusionnés. Les rayons mésoptérygiaux ne se sont réunis, au niveau de leur base, ni entre eux, ni avec le proptérygium, ni avec le métaptérygium.

Les trois premiers rayons (proptérygium, mésoptérygium), parallèles entre eux, sont perpendiculaires au métaptérygium, qui supporte un certain nombre de rayons parallèles aux précédents. D'après la théorie de THACKER et MIVART, théorie, nous le savons, adoptée par BALFOUR, le métaptérygium (fémur) doit être considéré comme formé par la soudure de l'extrémité des rayons auxquels il sert de support basilaire.

Au métaptérygium fait suite un segment, que nous assimilons au *péroné* (P). Lebouc, nous l'avons vu, a, en effet, démontré que, dans l'évolution phylogénétique des membres, le péroné apparaissait avant le tibia, comme le cubitus avant le radius. Le péroné sert lui-même de support à des rayons moins nombreux que ceux qui partent du fémur. Mais, comme ce dernier os, il résulte de la soudure de l'extrémité basilaire de ces rayons.

Jusqu'ici, le membre abdominal de la Raie femelle est absolument identique à celui de la Raie mâle. Mais, à partir de l'extrémité distale du péroné, certaines différences se produisant entre les segments terminaux du membre

© BIU Santé

abdominal de l'un et l'autre sexe, nous allons décrire séparément ces segments, d'abord chez la femelle, ensuite chez le mâle.

Au péroné de la femelle font suite trois rayons. Le premier, le plus interne, bifide au niveau de son extrémité distale, se soude au deuxième par son extrémité proximale, et forme ainsi une pièce, que nous comparons à l'*astragale* (A). Le troisième rayon, placé en dehors des deux précédents, en reste distinct. Son extrémité distale est sim-

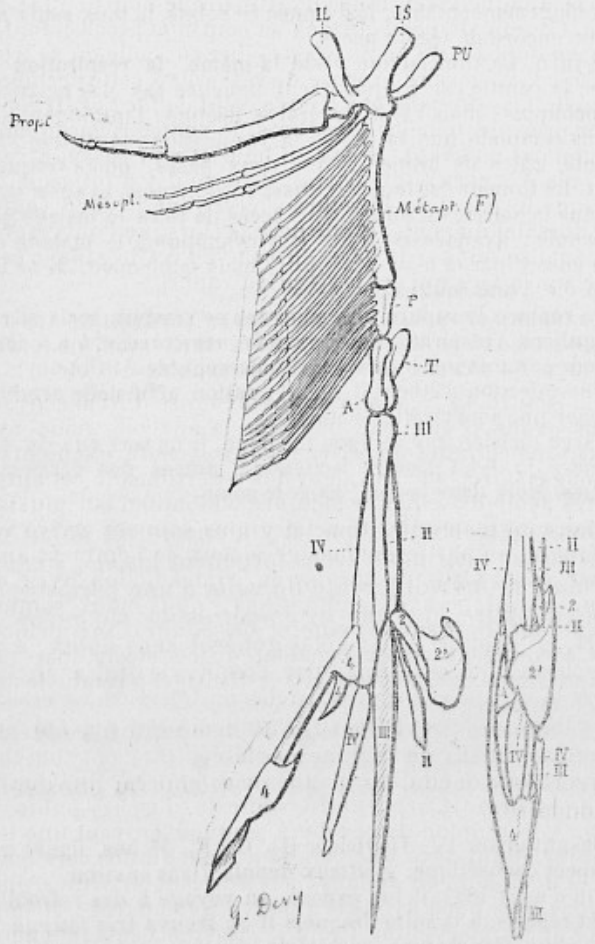


Fig. 79 (d'après nos préparations). Membre abdominal droit de la Raie mâle, vu par sa face ventrale. (Figure demi-schématique). — Pièces dérivant du *Basiptérygium*. — Propt. *Proptérigium*, représenté par un seul rayon ou bien par deux rayons soudés. — Mésopt. *Mésoptérygium*, formé par deux rayons non soudés à leur base ni entre eux, ni avec le proptérygium, ni avec le métaptérygium. — Métapt. (*F*). *Métaptérygium* (fémur), constitué par la soudure de la base des rayons qu'il supporte. — *P. Péroné*, formé par la soudure de la base des rayons qu'il supporte. — *IL, IS, PU*. Bassin. — *IL. Ilium*. — *IS. Ischion*. — *PU. Pubis*. — III. IV. Métatarse, formé par la soudure de trois rayons en un canon. — II. *Deuxième métatarsien*, bifide à son extrémité distale. — III. *Troisième métatarsien*, simple à son extrémité distale. — IV. *Quatrième métatarsien*, bifide à son extrémité distale. — 2. 2'. *Branche non axiale* de l'extrémité distale du deuxième métatarsien, formée par *deux phalanges*. — 4. *Branche non axiale* de l'extrémité distale du quatrième métatarsien, formée par *une phalange*. — *A. T.* Tarse. = A. *Intermédiaire* (Astragale), formé par la soudure de trois rayons. — *T. Tibial*, pièce non représentée dans le tarse de la Raie femelle. — La branche distale unique et non articulée du troisième métatarsien et les branches axiales également non articulées des deuxième et quatrième métatarsiens portent les chiffres III, II et IV, comme les corps des métatarsiens, auxquels elles font suite.

ple comme celle du deuxième. Ces trois rayons représentent les trois derniers rayons péronéaux, qui, au lieu de rester perpendiculaires à leur support, se placent à la suite de cet os, de façon à continuer son extrémité terminale.

Chez le mâle, où nous trouvons également trois rayons, nous les voyons prendre des dimensions beaucoup plus considérables. En outre, l'astragale résulte de la soudure des extrémités proximales des trois rayons, et non pas seulemenrde celles des deux premiers.

D'un autre côté, les pièces faisant suite à l'astragale se fusionnent aussi entre elles, de façon à constituer une sorte de canon formé par la soudure de trois métatarsiens (II, III, IV), dont les deux extrêmes (II, IV) sont bifides à leur sommet. Celui du milieu (III) ne se bifurque pas.

La branche non axiale du métatarsien interne (II) est elle-même formée par deux pièces, qui nous semblent représenter *deux phalanges* (2, 2'). La branche non axiale du métatarsien externe (IV) ne possède, au contraire, qu'*une seule pièce phalangienne* (4). Les phalanges (2, 2', 4) forment des valves qui entourent les trois branches non articulées faisant directement suite au corps des trois métatarsiens.

On sait que, dans les vertébrés, lorsqu'il ne reste que trois doigts ou orteils, ce sont les deuxième, troisième et quatrième rayons digitaux qui persistent. Voilà pourquoi nous regardons les métatarsiens et leurs dépendances comme représentant les trois appendices digitaux moyens du pied pentadactyle.

Jusqu'ici nous avons négligé de parler d'une pièce squelettique placée en dedans de l'astragale, qu'elle déborde un peu du côté du péroné. Après mûre réflexion, il nous a paru que cette pièce n'était autre que la pièce tibiale (T), c'est-à-dire la pièce la plus interne de la rangée proximale du tarse. Quant aux pièces tarsiennes de la rangée distale (tarsiens 2, 3 et 4), qui se différencient généralement comme épiphyses au niveau de la base des métatarsiens correspondants, elles sont demeurées confondues avec ces métatarsiens.

En résumé, dans le membre abdominal de la Raie, nous trouvons : 1° le proptérygium ; 2° le mésoptérygium ; 3° le métaptérygium.

Le métaptérygium et ses dépendances forment l'organe copulateur de la Raie mâle. Mais, tandis qu'Albrecht pense que ce membre copulateur devient le pénis des Vertébrés supérieurs aux Poissons, nous croyons, au contraire, qu'il va constituer le membre abdominal proprement dit de ces Vertébrés.

Quant aux proptérygium et mésoptérygium du membre abdominal de la Raie, ils disparaissent aussi bien au membre abdominal qu'au membre thoracique des Vertébrés supérieurs aux Poissons. *Le membre abdominal de ces Vertébrés n'est, par conséquent, autre chose que la portion métaptérygiale* (copulatrice) *du membre abdominal des Sélaciens et non point sa portion mésoptérygiale* (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. — De l'angine dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général (*suite*) ; (2)

Par **Paul Tissier**, interne des hôpitaux.

Revenons maintenant sur quelques points intéressants de cette longue et lugubre symptomatologie, que nous n'avons cependant pas trop assombrie. Nous avons mentionné par quels modes pouvait survenir la mort, précisons davantage. Elle peut s'expliquer :

1° Soit par le fait de l'intoxication générale avec le cortège des signes ataxo-adynamiques.

2° Soit par symptômes laryngiens avec le tableau général de l'asphyxie.

3° Soit enfin par infection secondaire avec des symptômes pyohémiques.

Nous allons immédiatement rapporter, à l'appui de ces distinctions capitales, un certain nombre d'observa-

(1) Voir la thèse d'agrégation de M. Paul Poirier : *Du développement des membres.*

(2) Voir *Progrès médical*, n° 35.

© BIU Santé

tions soit personnelles, soit empruntées aux auteurs :

Premier mode. Mort par acuité des symptômes de la maladie.

Observation II. Spengler (1). « Un gros garçon de 10 ans, souffre de violentes douleurs molaires inférieures gauches. Sa deuxième molaire est cariée.

27 *nov.* Léger gonflement subangulo-maxillaire. Douleur plus vive encore, déglutition entravée. Fièvre modérée, soif vive, anorexie, agitation.

29 *nov.* La tumeur est régulièrement étendue sur le côté du cou : elle est dure comme de la pierre, immobile, nettement limitée ; la peau sus-jacente est mobile, de coloration normale. Le malade paraissait avoir un oreillon unilatéral, Trismus, soif ardente, parole et déglutition difficiles. Agitation extrême vers le soir, pouls petit, faible, constipation, délire.

30 *nov.* Tumeur moins proéminente, plus étendue vers le larynx, toujours aussi dure, sans trace de fluctuation. La salive s'écoule de la bouche d'une façon continue. Sueurs profuses. Respiration anxieuse, accès d'étouffements. Convulsion, mort le 1er décembre.

Cette observation, pour n'être pas aussi complète qu'on le désirerait, n'en est pas moins fort intéressante. Ici la porte d'entrée est nettement spécifiée, c'est une carie dentaire. L'état du plancher buccal n'est pas indiqué, l'âge du malade, la violence des symptômes généraux, expliquent que le mal ait été fatal avant l'ouverture des foyers de gangrène.

Deuxième mode. Mort par symptômes laryngiens.

Observation III (Personnelle). — L...., 43 ans, sans antécédents morbides, salle Bazin, lit n° 15, dans le service de M. le Dr Gouguenheim, hôpital Bichat.

Il est employé des postes (bureaux ambulants) et se trouve dans les trains en marche exposé à des courants d'air continus. Il n'a jamais trop souffert des dents, cependant à la suite de refroidissements répétés, il éprouve une douleur assez vive, au niveau du maxillaire inférieur. Léger trismus dû à la douleur.

Le lendemain il remarque une tuméfaction au niveau de l'angle de la mâchoire ; dure, immobile, peu douloureuse, cette tumeur s'accroît avec une rapidité inouïe et dès le surlendemain il entre à l'hôpital, en proie à une dyspnée interne. Etat à l'entrée, 3e jour de la maladie :

C'est un homme vigoureux, admirablement musclé, sa tête est immobile, légèrement penchée en avant. Le cou se prolonge avec la face sans interruption, la peau est normale comme coloration, peu mobile en raison de sa distension et de la barbe épaisse du sujet. La palpation est peu douloureuse, la tumeur est dure, ligneuse, elle s'étend à droite, siège primitif jusqu'à l'angle du maxillaire, soulève sur la ligne médiane, la région sus-hyoïdienne et proémine fortement, d'une façon presque aussi intense du côté gauche. La tuméfaction dépasse l'os hyoïde, mais le larynx et la trachée quoique immobiles sont perceptibles au toucher.

La bouche légèrement entr'ouverte laisse suinter une salive assez fétide, mais sans mélange purulent. L'examen du sillon gingivolabial ne montre aucune altération. La 2e molaire droite est cariée, mais elle n'est en ce moment nullement douloureuse, la gencive correspondante n'est ni rouge, ni tuméfiée, ni sensible à la pression.

L'écartement des mâchoires est très limité et extrêmement pénible. La langue est refoulée vers le voile, le plancher rouge violacé, intense, considérablement soulevé, la face interne du maxillaire inférieur est comme doublée d'un bourrelet dur et extrêmement adhérent. La palpation en est peu douloureuse, au niveau de la dent cariée (il en existe d'ailleurs d'autres dans la bouche), pas de douleur spéciale sur sa face interne.

La dyspnée est intense, la face rouge, les yeux injectés, la respiration sifflante. Tirage sus et sous-sternal, fièvre, sueurs froides.

Le soir, la dyspnée est extrême, on se décide à la trachéotomie. La tuméfaction est telle, le refoulement du larynx assez considérable pour empêcher d'explorer complètement la région. On choisit l'intercrico-tyroïdienne, remise en honneur par M. le Dr Richelot. Arrivé sur le conduit respiratoire, il est impossible de savoir si l'on est au niveau de l'espace voulu, ou aux premiers anneaux de la trachée. La canule est mise sans difficulté aucune.

Soulagement notable, la dyspnée se calme, la toux seule provoque encore de légers accès.

18 *juin.* La tuméfaction reste la même, la respiration est libre, la canule est fréquemment bouchée par des mucosités bronchiques ; mais l'état général a décliné, l'intelligence est moins complète que la veille, la respiration est courte, fréquente, râles de bronchite aux deux bases, pouls fréquent, petit. La tumeur est toujours aussi volumineuse et aussi dure.

Dans la soirée, au milieu d'un accès de toux le malade perd sa canule ; dyspnée extrême, état cyanotique ; le malade respire encore par la plaie trachéale, mais faiblement. Il se lève en proie à une souffrance atroce.

On replace la canule, la respiration se rétablit, mais elle est irrégulière, l'inspiration est profonde, stertoreuse, 4 à 5 respirations par minute, le pouls est imperceptible.

Une injection d'éther et la respiration artificielle semblent amener une amélioration notable.

Large incision sur la ligne médiane, il ne sort que du sang noirâtre, le stylet pénètre facilement, amène des détritus informes. Mort dans la nuit, dans le coma.

Dans cette observation, il y a encore un début net, mais ce sur quoi nous avons fortement insisté, c'est sur l'évolution toute différente de celle d'une périostite alvéolo-dentaire ou d'une ostéo-périostite suppurée. La mort, en rapport avec l'état général sans doute, a été directement occasionnée par l'asphyxie qui a été toujours le symptôme dominant dès le début. Nous verrons plus loin quelques mots sur l'autopsie qui n'a été malheureusement que fort incomplète.

Troisième mode. Mort par pyohémie ou intoxication secondaire.

Observation IV. Heyfelder (1). G. F., 37 ans, figure pâle, d'aspect cachectique, goutteux depuis 7 ans environ.

Fin d'août 1837, il fut exposé, en voyage à des refroidissement répétés, à la suite desquels il se trouva très fatigué.

30 *août.* Courbature, rachialgie, frissons avec bouffées de chaleur. Douleur très vive dans le côté droit du cou. Fièvre modérée, nuit agitée.

31 *août.* Au dessous du maxillaire inférieur au niveau de la glande sous-maxillaire droite, tumeur grosse comme un œuf d'oie, un peu sensible au toucher, très dure. Les mouvements de la tête sont gênés, déglutition pénible. Inspection de la bouche : amygdales tuméfiées non enflammées, isthme du gosier rouge, langue humide, un peu chargée en son milieu. Pouls accéléré, peau chaude, constipation.

1er *septembre.* La tumeur a beaucoup grossi, elle s'étend du menton et du milieu de l'os hyoïde jusqu'au delà de l'angle du maxillaire, proéminente en haut, immobile et insensible à la pression. Au toucher elle donne la sensation d'un morceau de bois. La peau sus-jacente a une coloration normale. Elle n'est pas tendue, au contraire parfaitement mobile sur la tumeur. La bouche ne s'ouvre qu'au prix de vives souffrances, langue projetée en arrière, Parole et déglutition difficiles, non douloureuses.

Sous la langue, au doigt, tumeur dure formant bourrelet à la face interne du maxillaire, soif vive, anorexie, pouls légèrement accéléré. *Coloration ictérique des yeux, peau sèche et brûlante, prostration assez considérable.*

2 *sept.* Même état général, langue plus chargée, salivation

(1) Spengler. *Brandige Zellgewebentzündung um die Unterkieferspeicheldrüse. Deutsche Klinik*, 1851, n° 4, p. 35. Thèse de G. Bœhler, 1885, p. 53.

(1) *Cynanche sublingualis typhoïdes. Studien* in *Gebiete der Heilwissenschaft*, tome I, Stuttgart, 1838. In. Thèse de Bœhler, page 35.

© BIU Santé

exagérée, haleine fétide, voix rude, incompréhensible, déglutition de plus en plus difficile, le bourrelet péri-maxillaire interne est le même, au dehors la tuméfaction a progressé dans tous les sens.

3 *sept.* Faiblesse plus grande. Insomnie, mucosités obstruant la bouche.

4 *sept.* Prostration encore plus considérable, tumeur plus étendue toujours d'une dureté extrême. Peau normale déglutition presque impossible. Les mâchoires ne s'écartent que de quelques lignes. Respiration courte et fréquente. Voix inintelligible. Pouls fréquent. Fièvre continue. Le soir la tumeur se ramollit, empâtement vague. Nuit extrêmement agitée. Délire qui ne se calme qu'au jour.

5 *sept.* En certains points, la tumeur est molle, se laisse déprimer et crépite sous le doigt. Déglutition un peu plus facile. Contraction des mâchoires moindre. Etat général plus mauvais Pouls fréquent et mou. Urine très trouble. Peau humide et gluante. Respiration courte et fréquente.

Une ponction donne issue à grande quantite de pus fétide, rouge sombre, mélangé de gaz.

6 *sept.* Tumeur ramollie. Incision large, pus fétide, rouge sombre mêlé de bulbes gazeuses et à détritus celluleux, gangrenés. Etat général de plus en plus mauvais. Accès d'oppression intermittents. Délire permanent. Pouls petit, fréquent. Respiration haletante, abdominale.

8 Coma, mort le 9 septembre.

La prostration interne, le délire, les caractères du pouls vite et petit, la soif vive, la fétidité de l'haleine, l'apparition de la teinte subictérique des paupières, caractérisent assez l'état pyohémique. Du reste, à l'autopsie que nous rapporterons plus loin, on trouve un liquide trouble dans le péricarde et dans le péritoine, dans les poumons, surtout aux lobes inférieurs, sans lésion *pleurale aucune*, une grande quantité d'abcès remplis de pus extrêmement fétides.

Notons qu'ici le point de départ n'est pas spécifié, mais « cette tuméfaction non inflammatoire » des amygdales observée au second jour, ne cachait-elle pas quelque folliculité, inobservée?

Nous avons parlé, au cours de la description générale que nous avons esquissée plus haut, de symptômes éloignés, témoignages irréfragables de l'état infecteux général. Qu'il nous soit permis d'y revenir un instant en raison de l'intérêt tout particulier et primordial qu'ils présentent à notre avis.

L'albuminurie n'est pas signalée dans la plupart des observations par cette raison bien simple que l'examen des urines n'est nulle part mentionné. Ce qui s'explique, si l'on songe que c'est uniquement depuis les travaux contemporains sur les maladies infectieuses qu'on s'est préoccupé de leur retentissement sur les fonctions rénales. Cependant nous citerons sur ce point une observation récente due à Berkeley Hill.

Observation V. Berkeley Hill (1). E. C., cocher, 30 ans, entre le 2 novembre 1881, à l'University Collège Hospital.

Il raconte que, le 29 octobre, il a vu apparaître sur le côté gauche du cou, une tumeur qui devint douloureuse le deuxième jour.

Bonne santé habituelle. *Pas de maux de dents, ni de maux de gorge*, pas de syphilis.

A son entrée : Tumeur proéminente surtout en arrière de l'angle du maxillaire, présentant en ce point seul une vague fluctuation.

Peau rouge foncée, tendue, brillante, rose ailleurs. Aucun gonflement des ganglions cervicaux. Deuxième molaire inférieure gauche cariée, mais nullement douloureuse Pas d'épaississement des maxillaires, amygdale gauche considérablement tuméfiée. Rien ailleurs.

Temp. Farenh. 102° 6, langue chargée, appétit conservé, déglution normale. Urine acide *traces d'albumine*.

3 *nov.* Incision de la partie ramollie, pas du pus.

4 *nov.* Fièvre très intense, nouvelle incision, pus abondant. Guérison le 12 novembre.

Il faut bien le dire, cette observation ne nous satisfait pas complètement et malgré l'autorité de l'auteur, nous ne serions pas éloigné de croire à une amygdalite ou mieux à une péri-amygdalite phlegmoneuse. En effet, la présence de pus, l'évolution rapide, la tuméfaction limitée à l'amygdale, la rougeur de la peau sus-jacente jurent un peu avec le tableau que nous avons tracé de l'angine de Ludwig. Néanmoins, comme c'est la seule des observations publiées sous ce nom où nous ayons trouvé mentionné l'état des urines, nous n'avons pas cru devoir l'exclure.

La présence de douleurs articulaires, ou au moins d'astralgies est d'importance capitale, comme nous l'établirons à propos de la pathogénie.

Nous rapportons à ce sujet une observation instructive au triple point de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique, qu'il nous a été donné de suivre récemment.

Observation VI. (Personnelle) hôpital Bichat. Service de M. le Dr Gougueinheim.

Victor M..., 35 ans, sans antécédents pathologiques, nous expose ainsi le début de son affection.

Il est employé des postes ambulantes, où il est sujet à des refroidissements continuels dans les trains en marche. Il *travaillait avec le malade dont nous avons rapporté plus haut l'observation, dans les mêmes compartiments* (voir observation III). Nous appelons l'attention sur cette communauté de vie chez deux individus atteints dans des circonstances identiques de la même lésion. Il a souffert quelquefois des dents, mais assez légèrement. Ces jours derniers, il a éprouvé un malaise indéterminé, une courbature généralisée, il a perdu l'appétit et éprouve une vague douleur dans la région de la glande maxillaire gauche.

Le lendemain, il a remarqué une grosseur, peu sensible à la pression, dure, à la même région, dypnée légère, déglutition pénible, dysphagie mécanique par suite de l'obstruction de la bouche. En même temps, il a éprouvé hier, soir du deuxième jour de la maladie, des douleurs dans le genou gauche qu'il qualifie de rhumatismales. A son entrée à l'hôpital, voici ce que nous observons :

Homme vigoureux, à facies un peu pâle, comme plaqué, à la région sous-maxillaire se trouve une tuméfaction étendue. Le sillon cervico-facial est comblé ; le facies est caractéristique, le maxillaire inférieur semble énorme, tête immobilisée, légèrement penchée en avant et à droite.

A droite, côté du début de l'affection, la tuméfaction s'étend jusqu'à l'angle du maxillaire; à gauche, la tuméfaction est plus étendue encore, quoiqu'elle soit plus récente, en bas on ne voit rien au-dessous de l'hyoïde.

Peau normale, comme coloration, le tissu cellulaire sous-cutané est indemne : la palpation révèle une induration ligneuse, les bords de la tumeur sont nets, pas d'œdème, pas d'empâtement.

L'ouverture de la bouche est douloureuse et très limitée, néanmoins elle permet de constater l'intégrité absolue du sillon gingivo-labial; à droite et à gauche, les dents molaires sont cariées, mais *nullement sensibles*, la pression sur les gencives est *totalement indolore*. La langue est peu tuméfiée, peu douloureuse, mais elle est refoulée par le plancher buccal soulevé et dur, résistant au doigt, de coloration rouge intense, sillonné de veinules turgides et laissant écouler par plusieurs orifices une sanie grisâtre fétide ; à l'extérieur, on ne trouve pas de point fluctuant.

Face pâle, fatigué, yeux cernés, respiration facile, un peu plus fréquente que la normale, pouls ample, accéléré. Rien au cœur, rien dans la poitrine, rien dans les urines. T. 37°,5.

Le genou gauche qui hier faisait souffrir le malade est peu sensible à la pression, plus douloureux aux mouvements, la douleur est au maximum à la région du cul-de-sac tricipital

(1) Angina Ludovici. *British medical Journ.*, 1882, 7 octobre, p. 683. In Thèse de Bœhler, page 65.

© BIU Santé

d'où elle s'irradie légèrement en haut et en bas. On ne peut constater aucun épanchement. La coloration de la peau y est normale.

Le genou droit est légèrement sensible depuis ce matin, la douleur peu intense, mais gênant la marche, y présente les mêmes caractères ; rien aux autres jointures, rien aux sterno-claviculaires en particulier. Todd extrait de quinquina. Deux ventouses scarifiées, nettoyage de la bouche tous les 1/4 d'heure avec une solution boriquée. Cataplasmes laudanisés sur les genoux.

Le lendemain, 4e jour de l'affection, la tuméfaction extérieure s'est encore étendue, surtout du côté gauche, le soulèvement du plancher buccal est plus prononcé ; nous apprenons qu'en ville, on lui a ouvert, dans le voisinage du maxillaire, la tuméfaction sublinguale, prise d'abord pour une collection purulente. La salive, mêlée de pus sanieux, à grumeaux grisâtres s'écoule incessamment de la bouche, sous l'influence des lavages répétés d'acide borique, la fétidité de l'haleine a considérablement diminué. Alimentation difficile. Constriction étroite des maxillaires. Dyspnée légère, pouls fréquent, ample, un peu dur, facies abattu. Les douleurs articulaires ont presque disparu. T. M. 39°,4. Même traitement.

Le soir, même état. T. 39°,2.

5e jour. Du côté gauche, on remarque une saillie pâteuse, vaguement fluctuante, du diamètre d'une pièce de cinq francs, au point d'application d'une ventouse scarifiée. En cet endroit peau rouge, très légèrement œdémateuse. Le malade se *plaint de vagues douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche*, avec les mêmes caractères que celles des genoux aujourd'ui disparues. Urines chargées, traces douteuses d'albumine.

Ouverture antiseptique au niveau de la saillie extérieure, il ne sort que du sang noirâtre et des détritus sphacélés. Drainage, pansement de Lister. T. M. 39°,2, S. 38°,6.

6e jour. Etat général meilleur, le malade se sent moins enserré dans le cercle d'induration sous-maxillaire. Injections phéniquées dans la plaie. Même traitement.

T. M. 38°,4.

A la visite du soir, le facies du malade est moins bon, la langue est sèche, le pouls rapide, petit, un peu mou, recrudescence dans la température 39°,2.

7e jour. Grande défervescence matinale, suppuration abondante du côté de la plaie extérieure qui élimine les parties sphacélées.

On prend les précautions les plus minutieuses pour s'opposer à l'intoxication putride, soit lymphatico-vasculaire, soit gastro-intestinale par la déglutition de salive souillée.

T. M. 37°,8.

Le soir, même état général un peu alarmant, pas de dyspnée, injection de caféine. T. R. 39°,2.

8e jour. L'état général s'est considérablement amoindri, les traits sont moins tirés, le malade reprend de l'appétit, la tuméfaction est toujours dure et considérable. Pas d'albumine. T. 37°,4. T. R. 38°,2.

9e jour. Amélioration notable. T. M. 38°,2. T. R. 37°,6.

10e jour. Le malade ouvre plus facilement la bouche. Il mange avec appétit, quoique difficilement en raison de l'induration qui persiste toujours. T. M. 37°,2. T. R. 37°,6.

12e jour. L'amélioration se maintient. T. 37°,2. Le malade demande à sortir.

Il revient régulièrement se faire panser tous les matins. La tuméfaction disparaît peu à peu, mais d'une façon extrêmement lente, le facies reste pâle, un peu terreux. L'appétit est revenu, les fistules sous-linguales ont disparu, l'orifice cutané est très étroit.

Nous nous proposons de revenir plus loin sur cette observation capitale pour en tirer les déductions qui nous paraissent les légitimer.

Asile d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination à un emploi de pharmacien en chef.* — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. Thabuis, ancien interne en pharmacie des asiles. Les candidats inscrits étaient au nombre de six : MM. Causse, Finet, Gérard, Martinet, Degobry et Thabuis.

CLINIQUE MÉDICALE

Note à propos d'une observation de cancer du col utérin terminée par accidents urémiques (Compression des uretères. — Néphrite diffuse. — Athérome artériel généralisé). — Le cœur dans le cancer de l'utérus (1) ;

Par le Dr **Maurice LETULLE**, médecin des hôpitaux.

I. L'observation que je rapporte ici est presque banale, elle pourrait se résumer en deux lignes : Il s'agit d'un cancer de l'utérus terminé par urémie. Ce fait mérite d'être relaté avec tous ses détails, nous en donnerons bientôt les motifs. Je le résume à l'aide des notes de M. Decressac, externe du service de mon maître le professeur Vulpian, que je suppléais à l'Hôtel-Dieu quand la malade qui fait l'objet de cette note vint demander quelque soulagement à ses souffrances. Elle succombait huit jours après son admission.

Obs. — *Cancer du col utérin. Accidents urémiques.*

Céline Lois..., 45 ans, entre le 18 juillet 1885, salle Sainte-Madeleine, n° 6, Hôtel-Dieu. Mariée à 20 ans, elle a eu trois enfants, le dernier il y a 21 ans. Ses règles furent constamment douloureuses. Il y a trois mois, des hémorrhagies considérables se produisirent. Depuis cette époque, alternatives de leucorrhée et de métrorrhagies. Pleurésie il y a un an.

La malade se plaint de douleurs spontanées dans le bas ventre et dans le flanc gauche. Ces douleurs sont exagérées à la pression, surtout dans toute la région comprise entre le rebord de la 12e côte et la crête iliaque du côté gauche.

Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté. On ne peut y sentir aucune tumeur par la palpation.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'ulcérations fongueuses de toute la partie postérieure et antérieure des parois vaginales dans la partie avoisinant le col de l'utérus, et sur une profondeur de quatre ou cinq centimètres au moins. Le col est en partie détruit et le doigt plonge dans une caverne utérine très étendue. La paroi antérieure du vagin avec ses dépressions et ses saillies paraît plus dure et plus résistante qu'à l'état normal. Ecoulement fétide par la vulve ; la défécation n'est pas gênée et se fait sans douleur. Avant l'entrée à l'hôpital, il y a eu presque constamment de la constipation ; depuis le 16 juillet, elle a été remplacée par de la diarrhée.

L'émission des urines se fait péniblement : la malade ne peut en donner pour l'examen. Incontinence habituelle de l'urine qui date déjà de plusieurs semaines.

22 *juillet*. Depuis l'entrée, la maladie a pris une allure rapide : l'inappétence est devenue complète, les quelques aliments que la malade digère sont presque aussitôt rejetés ; les vomissements sont très fréquents, surtout alimentaires. On ne peut les expliquer par une lésion péritonéale récente, les autres signes de la péritonite font défaut. D'ailleurs, l'estomac paraît sain. Cependant, l'état général est grave : cachexie profonde, teinte jaune paille des téguments, bouffissure de la face. La température axillaire oscille entre 36° et 37°. Le pouls est petit, les artères sont dures, *athéromateuses*. Rien au cœur, dont la pointe bat dans le 4e espace intercostal contre la 5e côte, à neuf centimètres de la ligne médiane. Souffle anémique, à la base, au niveau du foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire.

L'émission difficile des urines, et une oligurie réelle, font penser à une compression des uretères par le néoplasme. On recherche l'existence d'une hydronéphrose : la palpation profonde au niveau des hypochondres décèle un empâtement très appréciable au niveau du rein droit.

Les vomissements persistèrent ainsi, malgré les divers procédés de traitement employés ; la température ne dépassa pas 36°,4, et la mort survint le 29 juillet dans le marasme.

L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas trace de péritonite. Le corps de l'*utérus* paraît un peu plus volumineux qu'à l'état

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, séance du 16 avril 1886.

© BIU Santé

normal, le corps est à peu près complètement détruit par un épithélioma. La tumeur s'est propagée à la presque totalité de la paroi supérieure du vagin. On rencontre un petit fibromyome sous-péritonéal, non pédiculé, développé au niveau de la corne gauche ; deux autres myomes, pédiculés ceux-là, s'implantent sur la face antérieure de l'utérus ; enfin, un quatrième myome au niveau de l'insertion de la trompe droite.

La *vessie* est distendue par une notable quantité d'urine ; l'urèthre est libre cependant. La paroi postérieure, très épaissie, infiltrée par le néoplasme fait une saillie convexe dans la cavité vésicale.

L'embouchure de chaque uretère se reconnaît à deux saillies formées par la masse cancéreuse utéro-vaginale sous-jacente ; le trajet des uretères dans l'intérieur de cette masse indurée est assez difficile à retrouver. De chaque côté, en effet, la lumière du canal urétéral est effacée, la muqueuse de l'uretère est certainement envahie, du côté droit au moins, par le processus néoplasique.

Le *rein* droit est le siège d'une hydronéphrose considérable. Après l'ouverture de la vessie, le bassinet et l'uretère restent distendus par l'urine, il y a un obstacle insurmontable à l'écoulement de l'urine en un point de l'uretère qui confine à la vessie. Le parenchyme rénal a subi une transformation fibreuse, atrophique : sur les coupes, il offre un aspect blanchâtre, complètement décoloré. La substance corticale est très adhérente à la capsule fibreuse et finement granuleuse ; dans les régions les plus atrophiées, elle mesure à peine deux millimètres. La hauteur des pyramides de Malpighi est également fort diminuée ; elle atteint à peine un centimètre.

On note encore un épaississement très considérable de la paroi du bassinet et des calices dont la cavité est extrêmement dilatée. Poids du rein droit : 110 grammes.

Le *rein* gauche, très volumineux, est mollasse, œdémateux, hypérémié, son poids est de 220 grammes. La couche corticale mesure 8 millimètres. Les vaisseaux radiés sont très apparents. La dilatation de l'uretère ne faisait que commencer.

Le *cœur* qui pèse 265 grammes est mou, ses parois sont flasques, plutôt amincies ; le myocarde est très friable. La valvule mitrale un peu épaissie au niveau de son bord libre ; une ou deux petites plaques athéromateuses apparentes sur sa valve antérieure.

L'orifice aortique est sain.

Le cœur droit est légèrement dilaté. L'épaisseur des deux parois ventriculaires est :

Ventricule gauche. . . 13 millimètres.
Ventricule droit. . . . 3 millimètres.

Il n'y a donc pas, à proprement parler, d'hypertrophie cardiaque.

L'aorte, examinée dans toute son étendue, est indemne d'athérôme ; par contre, les radiales et les fémorales, l'artère splénique sont athéromateuses.

Terminons la relation de cette autopsie en disant que le cancer commençait à se propager au delà de ses limites utéro-vaginales : on voit, en effet, de nombreux ganglions lymphathiques, énormes, envahis par le néoplasme, former une traînée bosselée le long de l'artère iliaque externe, sur le bord de l'excavation pelvienne. En outre, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, la séreuse péritonéale est envahie par des îlots néoplasiques qui forment à ce niveau une large plaque. Les deux ovaires, d'apparence normale, sont reliés aux parties voisines par d'anciennes adhérences indemnes de cancer.

II. Il m'a paru intéressant de relever, à l'occasion du fait qui précède, la plupart des observations publiées sur ce même sujet.

A en croire nombre d'auteurs, la compression de l'uretère et la néphrite consécutive seraient, dans le cancer de l'utérus, une cause fréquente d'hypertrophie cardiaque ; et pour préciser davantage, l'hypertrophie porterait plus spécialement sur le ventricule gauche.

Voyons donc ce qui résulte de l'étude attentive des faits connus. Tout d'abord, citons les principaux auteurs : Le tableau suivant indiquera dans une première colonne un certain nombre de cas publiés ; dans le reste, les résultats sont catégorisés de la façon suivante : *a*) pas d'hypertrophie cardiaque ; *b*) hypertrophie cardiaque d'origine artérielle ou valvulaire évidente ; *c*) hypertrophie simple (dont nous aurons à rechercher la cause).

Tableau indiquant 75 observations de cancer utérin compliqué de néphrite chronique d'origine urétérale. — Etat du cœur.

CAS RELEVÉS.		RÉSULTATS CONCERNANT LE POIDS DU CŒUR.		
Auteurs.	Nombre.	Cœur normal (ou même atrophié.)	Hypertrophie cardiaque de cause artérielle ou valvulaire.	Hypertrophie simple.
Bright.	1	1	»	»
Straus	2	»	»	2
Weill	7	5	1 (Obs. X).	1 (Obs. XI).
Artaud	4	1 (Obs. VI).	»	3
Féré et Quermonne.	36	30	»	6
Lancereaux. . . .	23	20	3	»
Raimond	1	»	»	1
Letulle	1	1	»	»
Total.	75	58	4	13

La première conclusion qui découle de ce tableau et qui s'impose à l'esprit, c'est que l'hypertrophie cardiaque indépendante de toute lésion de l'appareil cardio-artériel est aussi rare qu'est fréquente l'absence d'hypertrophie et même l'atrophie de l'organe.

Passons rapidement en revue les différents détails de cette question dont l'intérêt théorique est considérable.

En premier lieu, établissons la grande fréquence de l'état normal ou même atrophique du cœur dans le cours du cancer de l'utérus comprimant les uretères.

Bright, le premier peut-être, insista, dans une observation de son premier mémoire, sur l'intégrité parfaite du cœur (1). Il s'agissait « d'un formidable exemple de cancer de l'utérus » développé chez une femme de 32 ans. Il y avait hydronéphrose et atrophie de la glande rénale.

Dans un mémoire récent et des plus remarquables (2), le Dr Straus a repris largement l'étude de l'hypertrophie du cœur dans ses rapports avec les lésions rénales.

Pour ce qui est de la démonstration expérimentale de l'hypertrophie cardiaque secondaire aux altérations matérielles du rein, c'est dans ce travail, on peut le dire, que pour la première fois la preuve semble avoir été faite. Or, au point de vue clinique, notre savant collègue base son argumentation précisément sur deux observations de cancer utérin compliqué de néphrite par compression urétérale.

Qu'il me soit permis, pour les besoins de la cause que je vais défendre, de résumer brièvement ces deux faits :

Obs. — La première observation a trait à une femme de 52 ans. Le rein gauche était réduit au tiers de son volume normal. Le rein droit pesait 180 grammes ; cet organe, mou, lisse, blanc jaunâtre, possédait deux uretères également dilatés.

Le cœur, de 340 grammes, offrait une hypertrophie portant exclusivement sur le ventricule gauche, dont les parois mesuraient 20 millimètres. La cavité du ventricule gauche était plutôt dilatée. L'oreillette gauche et le cœur droit tout entier étaient amincis.

L'auteur ajoute que les valvules du cœur étaient saines.

De cette observation très importante, je ne veux conserver qu'une impression, je n'ose dire une critique. Cette

(1) R. Bright. *Reports of medical cases selected with a view of illustrating the sympt. and cure of diseases, by a reference to morbid Anatomy*, 1827, t. I, p. 115, Obs. XXXII.

(2) Straus. Des lésions rénales dans leurs rapports avec l'hypertrophie cardiaque (*Arch. génér. de médecine*, 1882).

© BIU Santé

réflexion qui va m'être suggérée par la lecture d'un grand nombre d'autres faits intéressants, reviendra sans cesse sous ma plume. Je la formulerai de la façon suivante : « *L'auteur ne mentionne pas l'état du système artériel.* » Ici, étant connue la haute compétence de notre éminent collègue, l'objection perd toute sa valeur. Il me paraît hors de discussion que l'athérome artériel a été recherché dans tous les organes et dans tous les tissus et que les vaisseaux étaient sains. Toutefois, la notification faite enlevait l'ombre d'un doute et la valeur de l'observation devenait absolue, indiscutable.

Quelque minutieuse, quelque spécieuse même que puisse paraître cette objection, nous ne pouvions pas ne point la formuler avant de passer à l'autre fait. Nous la verrons d'ailleurs, dans un instant, acquérir une importance réelle.

Obs. — La seconde observation due à M. Straus a trait à une femme de 47 ans. Le néoplasme utérin avait déterminé une oblitération complète de l'uretère droit et secondairement une hydronéphrose. L'uretère gauche était incomplètement oblitéré. Le cœur pesait 360 grammes. L'hypertrophie portait sur le ventricule gauche dont les parois mesuraient 25 millimètres d'épaisseur.

L'auteur signale l'intégrité des valvules du cœur, « *sauf*, dit-il, *un léger épaississement des valvules aortiques.* » Malheureusement, ici encore, l'auteur ne mentionne pas l'état anatomique de l'arbre artériel.

Toutefois, et c'est là que notre argumentation trouve sa raison d'être, l'examen histologique de ces deux cœurs hypertrophiés a été pratiqué. M. Straus signale, avec la meilleure bonne foi, que « le tissu interfasciculaire du « premier cœur est légèrement épaissi » et que, (ce sont « ses propres termes) « il existe également un faible degré « de périartérite des artérioles cardiaques. »

Force nous est donc de conclure que ces deux observations si bien faites pour entraîner la conviction au point que notre savant collègue n'a pas hésité à les publier, laissent, par un petit côté, prise à la critique, et je le répète, dans cette question qui n'est pas encore définitivement jugée, le rôle de la critique est d'être impitoyable : la loi de l'hypertrophie cardiaque secondaire aux néphrites par compression urétérale, sera, par là même, d'autant plus solidement assise sur des bases inébranlables, si tant est qu'elle puisse un jour s'imposer.

J'arrive, par ordre chronologique, au travail du Dr Weill (de Lyon) (1) qui a trait exactement au sujet qui nous occupe. Sur 20 observations qui forment la base de son mémoire, sept appartiennent à des femmes atteintes de cancer utérin (obs. X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVII.). Tout d'abord, détail d'un grand intérêt, les cinq derniers faits ne s'accompagnaient pas d'hypertrophie et rentrent dans la première colonne de notre tableau. Il est même bon de noter que dans l'obs. XIV la malade, âgée de 40 ans, emphysémateuse, succombait à un cancer propagé à la vessie et aux deux reins ; le cœur pesait 235 grammes. De même pour l'obs. XV, où, chez une femme de 45 ans, le cœur avait le poids de 160 grammes! L'atrophie cardiaque dans le cancer utérin, sur laquelle notre collègue le Dr Féré et M. Quermonne ont vigoureusement insisté, n'est pas absolument rare ; elle s'explique d'ailleurs si aisément par l'état de cachexie où tombent les malheureuses malades, que nous n'insisterons plus sur ce point de détail.

Il ne reste donc, dans le travail du Dr Weill (de Lyon), à l'actif de l'hypertrophie cardiaque secondaire, que deux observations (obs. X et XI). En comptant ainsi, je suis, pour ma part, plus généreux que l'auteur, qui dans l'observation XI où le cœur pèse 330 grammes, note : « pas d'hypertrophie cardiaque. » Malgré la loi d'hypertrophie physiologique du cœur progressant avec l'âge, si judicieusement défendue, naguère encore, par le Dr Ducastel, un cœur de 330 grammes, chez une femme de 55 ans, cachectique, succombant aux progrès d'une tumeur utérine comprimant l'uretère gauche, peut être considéré comme atteint d'hypertrophie.

Toutefois, la cause de l'origine rénale de cette hypertrophie n'y gagne rien, car l'auteur note qu' « on trouve un peu d'athérome » dans l'organe central de la circulation, ce qui permet de penser que l'état du système artériel aurait dû être signalé.

Quant à l'obs. X du même mémoire, le cœur de cette femme encore jeune (39 ans) pesait 350 grammes. Les deux reins étaient lésés : le droit volumineux, blanchâtre ; le gauche petit, dur, scléreux, par conséquent malade depuis longtemps déjà.

Or, ce cœur hypertrophié *était atteint d'altérations valvulaires*, légères sans doute, mais bien évidentes, puisque : « on trouvait quelques végétations sur la face auriculaire de la valvule mitrale. » J'ajoute qu'on constatait encore de l'emphysème pulmonaire, cause fréquente d'hypertrophie cardiaque, et que l'auteur ne mentionne pas l'état du système artériel.

Dans un mémoire récent, mon excellent ami le Dr Artaud (1) a repris la question des lésions rénales et cardiaques consécutives au cancer utérin, récemment esquissée par son maître le Dr Straus. Il ajoute aux deux observations déjà citées quatre cas nouveaux examinés avec soin et importants, que nous allons rapidement passer en revue. Les trois premières observations (obs. III, IV et V) ont trait à des malades de 54, 60, 39 ans ; toutes trois ont un cœur notablement hypertrophié (345, 410 et 380 grammes) ; chez les trois également, les valvules du cœur sont saines et « *il n'existe pas d'athérome de la crosse aortique* », remarque d'une haute importance qui donne à entendre que le système artériel a été examiné avec soin dans son ensemble.

Pourquoi donc n'avoir point spécifié que les artères étaient saines ? Ne serait-il pas oiseux de rappeler que l'endartérite chronique peut affecter les artères de moyen et de petit calibre tout en respectant les gros troncs artériels ? C'est là précisément que se trouve le nœud de la question, nous ne cesserons de le répéter. Aussi ne saurait-on recommander aux observations ultérieures d'être riches en détails, afin de mettre en mains toutes les données du problème : on pourra de la sorte en poursuivre la solution d'une manière fructueuse.

Pour en revenir au mémoire du Dr Artaud, ces trois observations sont des plus instructives ; elles entraîneraient la conviction la plus absolue si l'examen des artères viscérales et des artères périphériques avait été noté.

La dernière observation (obs. VI) du même travail doit, à mon avis et dans l'intérêt même de la cause si bien défendue par l'auteur, être au contraire rejetée des cas d'hypertrophie secondaire. Je la résume en ces deux lignes :

Obs. — Femme de 64 ans. Le rein droit pèse 40 grammes, le gauche 75 grammes ; le foie un kilogramme, la rate 120 gram., enfin le cœur 270 grammes, c'est-à-dire le poids d'un cœur normal. L'avis de M. Straus est qu'il s'agit d'une hypertrophie relative du cœur coïncidant avec toutes ces atrophies viscérales.

Je me permettrai de faire remarquer que, si tant est qu'il y ait eu une hypertrophie du myocarde, elle était négligeable, et d'ailleurs Artaud signale que « l'aorte était un peu athéromateuse. »

Il serait donc légitime d'opposer à la théorie de l'hypertrophie d'origine rénale, celle de l'augmentation de volume du cœur secondaire à l'athérome artériel.

En résumé, le mémoire du Dr Artaud joint à celui du Dr Straus produit les *cinq* observations les plus complètes et les moins discutables d'hypertrophie cardiaque secondaire à la néphrite par compression urétérale d'origine cancéreuse.

(1) Weill (de Lyon). Hypertrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires de l'urine. Thèse. Lyon, 1882, p. 56 et suiv.

(1) Artaud. Néphrite par compression des uretères dans le cancer utérin. Hypertrophie du cœur consécutive. *Rev. de médec.*, 1884.

© BIU Santé

Nous arrivons à un travail, malheureusement trop concis, dû à notre distingué collègue le Dr Féré et au Dr Quermonne (1). Ces observateurs consciencieux, relevant à la Salpêtrière 36 observations de cancer utérin compliqué de lésions rénales, notent l'état du cœur de la façon suivante :

15 fois seulement le poids du cœur dépassa. . 230 grammes.
16 fois, il fut au dessus de. . . . . 220 id.
10 fois id. id. . . . . 200 id.

Ce qui donne 26 fois un cœur maigre, atrophié, sur 36 cas. Les auteurs concluent : « le plus souvent, le cœur des femmes atteintes de cancer de l'utérus est un cœur maigre comme celui des cancéreux en général. » Ce qui est strictement vrai, dans ces termes généraux. Toutefois, en nous reportant à la table dressée par ces observateurs, nous trouvons que :

6 fois le cœur *dépasse* 280 *grammes* et je donne ici les chiffres :
320 grammes.
315 grammes.
300 grammes.
300 grammes.
300 grammes.
280 grammes.

Faute de détails suffisants, nous devons, en toute justice, faire rentrer ces 6 cas dans les observations d'hypertrophie cardiaque de cause insuffisamment établie.

La même objection ne saurait être faite au mémoire publié tout récemment par le Dr Lancereaux (2) sur la néphrite consécutive à l'épithéliome utérin. Sur 23 observations détaillées rapportées par ce savant observateur,

20 fois le cœur fut trouvé normal ou petit et atrophié ;
3 fois il avait augmenté de volume.

M. Lancereaux prend soin de noter que les cœurs non hypertrophiés étaient flasques, couverts de graisse (à la base et au niveau de la face antérieure) ; que leurs parois amincies étaient décolorées ; ou bien encore que le cœur était petit, revenu sur lui-même, ses cavités étant rétractées et donnant cette fausse apparence d'hypertrophie dite concentrique du cœur.

Ce qui augmente encore l'intérêt de ce mémoire, c'est l'étude détaillée des trois cas d'hypertrophie cardiaque : Sur ces trois faits, les deux premiers (obs. XIII et XVI), où l'hypertrophie était manifeste, s'accompagnait d'endartérite chronique, *caractérisée par une dilatation de l'aorte et du système artériel tout entier*, vraie cause, pour Lancereaux, de l'hypertrophie cardiaque. J'ajoute, pour mémoire, que l'obs. XIII s'accompagnait, outre l'athérome aortique, d'une thrombose de l'artère poplitée, et que l'obs. XIII se signalait par une insuffisance aortique.

Enfin, la 3e et dernière observation (obs. XXIII) a trait à un cœur à peine augmenté de volume (265 grammes) et dans lequel existait une endocardite scléreuse mitrale et aortique que l'auteur rattache à la néoplasie utérine. Bref, aucune des 23 observations de Lancereaux ne peut être invoquée par les défenseurs de l'hypertrophie cardiaque d'origine rénale.

Je termine cette longue énumération, nécessaire cependant, en rappelant une observation presque complète, communiquée l'année dernière à la Société anatomique par M. Raimond, interne des hôpitaux (3). Je renvoie aux Bulletins pour les détails, et je ne conserve que : 1° le poids du cœur ; 2° l'intégrité des valvules ; 3° l'absence d'examen complet du système artériel. Je dois à l'obligeance de l'auteur d'avoir pu examiner le muscle cardiaque, et je m'empresse de reconnaître que les vaisseaux artériels n'étaient pas notablement altérés, que le tissu conjonctif périfasculaire était normal et que les faisceaux musculaires paraissaient sains.

Cette intéressante observation doit être rapprochée des cas de Straus et Artaud, avec cette réserve nécessaire que l'examen du système artériel n'a pas été spécifié.

Je rappelle enfin que mon observation a trait à un cœur malade, mais de poids normal, chez une femme athéromateuse (valvule mitrale, artères des membres). Ici encore le fait ne peut, en aucune façon, apporter un éclaircissement à la question si controversée, on le voit, de l'origine des lésions cardiaques dans le cancer utérin compliqué de néphrite par compression.

III. Les détails qui précèdent, où nous avons résumé, aussi brièvement que possible, 75 observations de néphrite de cause urétérale secondaire au cancer utérin, constituent un document auquel nous pouvons demander maintenant quelques renseignements à propos de la fréquence de l'hypertrophie cardiaque dans le cancer utérin.

Nous trouvons que, *sur ces 75 cas*,

58 fois, le cœur était normal ou atrophié ;
4 fois, l'hypertrophie cardiaque relevait d'une altération artérielle ou valvulaire.
13 fois, l'hypertrophie cardiaque était simple, au moins en apparence.

En effet, sur ces 13 cas, sauf peut-être les 5 observations de Straus et Artaud, les détails cliniques sont trop sacrifiés et nous obligent à réserver notre appréciation.

En somme, les observations négatives (celles où l'hypertrophie manquait manifestement) sont aussi nombreuses, aussi fréquentes et détaillées que rares sont les faits positifs bien et dûment observés.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille conclure à l'absence d'hypertrophie cardiaque secondaire aux lésions rénales d'origine urétérale ? Raisonner ainsi serait aussi fautif que de croire à la fréquence de l'hypertrophie. La seule conclusion qui s'impose à l'esprit non prévenu est la suivante : Les observations précises d'hypertrophie cardiaque sont rares ; un grand nombre d'entre elles sont trop insuffisantes pour établir sur des bases solides une loi pathogénique qui a peut-être été un peu hativement promulguée.

Mais, d'autre part, le petit nombre de faits bien observés, que le juge le plus sévère ne pourrait guère réduire au-dessous de 5 cas sur ces 75 observations publiées, constitue une présomption en faveur de la justesse de l'idée formulée par le professeur Potain que les voies d'excrétion de l'urine retentissent sur le cœur quand le rein est lésé : 1 fois sur 15, c'est un peu plus de 6 pour 100, proportion encore imposante.

La seconde conclusion qui s'offre, c'est que l'idée de l'hypertrophie cardiaque d'origine rénale, si féconde en pathologie, si puissamment défendue à divers points de vue par Traube, Potain, Charcot, Straus et tant d'autres observateurs, a été plutôt compromise le jour où la clinique s'est adressée au cancer de l'utérus pour lui demander un argument favorable.

En fait, à mon avis, le cancer utérin et la néphrite urétérale secondaire sont un déplorable exemple à l'appui de la théorie rénale de l'hypertrophie cardiaque. C'est là un terrain mauvais, où les recherches risquent fort de s'égarer : l'état pathologique auquel on s'adresse est trop complexe pour que la vérité s'en dégage, d'ici longtemps, indiscutable.

Pour obtenir un résultat satisfaisant, dans une pareille enquête, dangereusement ouverte (et ici nous entrons de plain-pied dans les hypothèses, si rarement réalisées par la clinique), il faudrait un grand nombre d'observations de cancer utérin développé chez des femmes jeunes encore, indemnes de toute tare cardio-vasculaire ; il faudrait des cas où l'évolution rapide des lésions génito-urinaires donnerait à l'hypertrophie cardiaque le temps de se pro-

(1) Ch. Féré et Quermonne. — Note sur le poids du cœur dans quelques cas de lésions rénales consécutives au cancer de l'utérus. *Bull. soc. anatomique*, 1884, p. 47.

(2) Lancereaux. Néphrite consécutive à l'épithéliome utérin. *Annal. des malad. des organes génito-urinaires*, 1884, t. II (juillet, août, septembre).

(3) P. Raimond. Cancer de l'utérus. Compression des uretères. Néphrite diffuse avec hypertrophie du cœur. Mort par urémie. *Bull. soc. anat.*, 1885.

© BIU Santé

duire sans que toutefois la cachexie cancéreuse vînt trop vite détruire le travail d'hypernutrition myocardique établi... C'est presque dire que ces observations idéales ne se rencontrent pas ou ne se trouveront que bien rarement en clinique.

Aussi bien croyons-nous démontrer de cette façon que le choix du cancer utérin compliqué de lésions urinaires est un mauvais exemple, un détestable argument lancé par les défenseurs de la théorie rénale de l'hypertrophie cardiaque.

En pathologie expérimentale, Grawitz et Israël, Straus, Weill (de Lyon), Germont et d'autres, se sont efforcés de démontrer le bien fondé de la théorie de Traube et de Potain ; il me paraît qu'ils y sont parvenus.

Par contre, jusqu'à ce jour, la pathologie humaine n'a pas été heureuse dans ses choix d'arguments cliniques. En dehors des néphrites diffuses ou systématiques où la preuve est, sinon impossible, du moins hérissée de difficultés innombrables, les cliniciens se sont jetés, si j'ose dire, à corps perdu sur une série de faits de mauvais aloi. Je passe condamnation sur le cancer utérin. Les réflexions précédentes montrent que le sujet est encore forcément à l'étude, faute de documents suffisants; mais que dire des observations d'hypertrophie cardiaque secondaire à l'hypertrophie prostatique, à l'hydronéphrose, aux lésions de l'artère rénale (1), aux reins kystiques, enfin aux myomes utérins ? Ce n'est pas ici le lieu d'établir le procès d'une foule d'observations incomplètes, insuffisantes, et par suite compromettantes pour la théorie qu'elles prétendent défendre.

Toutefois, en terminant, je ne puis résister au désir de faire encore une courte observation comme exemple pour bien montrer que tout ce chapitre, si intéressant d'ailleurs, de l'hypertrophie cardiaque d'origine génito-urinaire (2) demande à être sérieusement révisé. On cite partout, à l'appui de la théorie rénale de l'hypertrophie cardiaque, deux exemples de dégénérescence kystique des reins publiés par Lancereaux (3) dans son Atlas d'anatomie pathologique. Or, précisément, il s'agit là d'hommes âgés, atteints bien évidemment de néphrite chronique ayant subi la transformation kystique. C'est donc commettre une pétition de principe que d'invoquer ces deux faits à l'appui de la théorie rénale de l'hypertrophie cardiaque, puisqu'ils appartiennent tous deux à la grande classe de la néphrite chronique interstitielle dont le propre est de s'accompagner d'hypertrophie ventriculaire.

Je m'arrête là. Mais combien d'autres exemples je pourrais encore citer !

Au sortir de cette longue discussion, je crois être en droit de conclure en disant :

1° L'hypertrophie cardiaque secondaire aux lésions rénales causées par le cancer utérin est aujourd'hui encore une question digne d'étude car, malgré les nombreux faits publiés, la démonstration de son existence n'est pas absolue.

2° La fréquence de l'atrophie du cœur dans le cancer utérin envahissant les uretères est aussi grande que l'hypertrophie pure y est rare.

3° Les partisans de la théorie rénale de l'hypertrophie cardiaque ont fait fausse route en invoquant comme argument décisif les cardiopathies consécutives dans le cancer utérin, aux lésions urétérales et rénales secondaires.

4° La pathologie expérimentale a plus fait pour la théorie en question que toutes les observations cliniques groupées sous le terme générique d'hyperthrophie cardiaque secondaire aux affections des voies excrétoires de l'urine.

5° La parole reste donc encore aux faits cliniques, on ne saurait trop leur demander les détails les plus précis et les plus circonstanciés ; la solution définitive du problème sera à ce prix.

6° L'avenir dira si, chez l'homme, le *rein lésé par compression* retentit sur la vitalité du cœur et des vaisseaux. Il restera alors à en déterminer le mécanisme intime. Le jour où la preuve sera faite, la théorie rénale de l'hypertrophie cardiaque aura fait un grand pas ; elle sera définitivement acquise à la pathologie humaine.

(1) *Voy.* Pitres. Hypertrophie cardiaque... Thèse agrég., 1879, dans l'observation de Damner (Dilatation anévrysmale de l'artère rénale droite. Rein droit kystique), le cœur avait acquis un volume énorme (hypertrophie concentrique), sans lésions valvulaires.

(2) Consultez à cet égard : Potain. Bruit de galop. *Bull. soc. méd. des hôp. de Paris*, 1875. — Exchaquet. Thèse de Paris, 1875. — Straus. *Loc. cit.* — Artaud. *Loc. cit.* — Weill (de Lyon). *Loc. cit.* — Lannois in Artaud. *Loc. cit.* — Pitres. *Loc. cit.*

(3) Lancereaux. *Atlas d'an. path.*, p. 355 et 356. Obs. CCXVIII et CCXIX, dans le premier cas, 43 ans, la dégénérescence kystique occupe le foie et les reins ; l'estomac est épaissi, le malade succomba à l'urémie cérébrale. On ne parle pas de son système artériel. La 2e observation (homme de 50 ans), l'aorte est dilatée, athéromateuse, l'artère rénale est dilatée, épaissie, le malade succomba à une hémorrhagie cérébrale. On peut donc affirmer l'existence de lésions artérielles.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La médecine d'imagination (1).

Quant à la thérapeutique suggestive, à la médecine d'imagination proprement dite, telle que nous l'avons décrite dans le dernier numéro, son rôle est beaucoup plus actif et plus étendu : son action s'exerce en effet pendant la veille aussi bien que pendant le sommeil naturel ou pendant le sommeil provoqué, puisque certains sujets sont susceptibles, dans ces divers états, de se laisser imposer des images de sensations ou de mouvements extrêmement intenses.

En montrant que le phénomène de la suggestion n'est pas en dehors des lois de la physiologie, nous encouragerons son étude.

Le processus psychologique de la *suggestion* me paraît capable d'être éclairé par l'étude d'un autre phénomène sur lequel je m'arrêterai un instant : Je veux parler de l'attention, qui consiste dans la représentation mentale plus ou moins vague ou précise de qui va arriver. Fechner a fait remarquer que, lorsque l'attention se porte vers des impressions sensorielles externes, nous sentons une tension dans les organes sensoriels correspondants. Cette sensation est justifiée par les expériences relatives au volume des membres; nous avons vu qu'elle accompagne toutes les représentations mentales. A l'augmentation de la quantité de sang dans l'organe, correspond une augmentation de sa motilité et de sa sensibilité. Sous l'influence de l'attention, de la représentation mentale antérieure, l'effort musculaire devient plus énergique et la sensibilité est augmentée proportionnellement, comme le montrent un certain nombre de faits bien observés, dont nous ne rappellerons que les plus importants. La perception d'une impression est facilitée si elle est précédée d'un signal quelconque qui détermine d'avance le temps de son entrée; — le temps de réaction diminue à mesure que croît l'intervalle qui sépare le signal de l'excitation; — si l'intervalle reste le même, le temps de réaction se raccourcit à mesure que les expériences se répètent; les premières excitations ont pour effet de favoriser la représentation mentale. Quand un bruit attendu vient frapper notre oreille, cette impression sonore n'est en réalité que le renforcement d'une représentation interne préexistante, et d'autant mieux caractérisée que l'excitation qu'elle

(1) Voir 1884, n° 16. — 1886, n° 36.

© BIU Santé

représente est plus récente; nous en arrivons à comprendre facilement comment, par l'exercice, l'attention s'adapte pour une perception donnée. — Inversement, le temps de réaction est augmenté si les excitations qui se succèdent sont tellement variées que le sujet ne peut s'en faire d'avance aucune représentation précise; à plus forte raison, lorsqu'elles sont complètement inattendues. Aussi les aliénés, chez lesquels un grand nombre de représentations mentales différentes se succèdent rapidement, sont-ils incapables de tendre leur attention vers les excitations extérieures. — En dehors de la volonté, la répétition d'une excitation, en amenant une sorte de congestion de l'organe avec suractivité fonctionnelle, produit même au-dessous de la limite de la conscience une sorte d'attention passive; après une série d'excitations de même intensité, dont les premières n'étaient pas senties, la sensibilité finit par s'éveiller, et la perception devient nette quand tout à l'heure elle faisait complètement défaut. Le nouveau-né doit avoir éprouvé un certain nombre d'excitations avant que son attention ne s'éveille. Si les excitations antérieures favorisent l'attention, il en est de même de la mémoire, qui n'est qu'une aptitude générale au renouvellement des représentations (Wundt). — Quand la représention de ce qui doit arriver, quand l'attention est suffisamment intense, le temps de réaction peut être nul ou même négatif, c'est-à-dire que la réaction précède l'excitation, c'est ce que l'on voit surtout lorsque le temps de l'excitation est exactement connue longtemps d'avance.

Nous en sommes donc arrivés au point où l'attention forte ou une représentation mentale intense est capable de déterminer une réaction en dehors de toute excitation. Mais qu'est-ce donc que la suggestion, si ce n'est une attention imposée, si ce n'est une représentation mentale provoquée ? Il n'y a donc pas lieu d'être très surpris de voir se produire chez des sujets prédisposés sous l'influence de la suggestion des phénomènes qui se produisent chez des sujets normaux sous l'influence de l'attention.

En ce qui concerne les phénomènes moteurs, l'influence de la suggestion est des plus marquée dans ces divers états chez certaines hystériques ; nos recherches dynamométriques démontrent en effet d'une manière très nette sur ces sujets que l'idée du mouvement, c'est le mouvement qui commence et que le renforcement de la représentation mentale d'un mouvement est capable d'augmenter l'énergie de ce mouvement (1). Il est certain que le sommeil nerveux favorise les effets de la suggestion, mais il n'est pas indispensable à leur production.

Il est vraisemblable que les troubles moteurs, dits psychiques résultent d'une modification dynamique de la circulation cérébrale que certaines excitations périphériques ou leur représentation mentale spontanée ou provoquée (suggestion) peuvent faire cesser. En effet, les observations qui ont été faites sur les sujets, dont le cerveau était dénudé par des pertes de substance du crâne, et en particulier celle de M. Mosso, que sous l'influence de toute opération psychique, de toute excitation périphérique, les vaisseaux du cerveau se dilatent. D'autre part, les recherches de thermométrie cérébrale entreprises par Broca, par M. Amidon, etc., semblent aussi indiquer que les mouvements volontaires d'un membre ou d'un groupe musculaire entraînent un échauffement d'une certaine région correspondante de l'hémisphère cérébral du côté opposé. Réciproquement, l'activité des centres cérébraux paraît s'accompagner de modifications importantes des organes périphériques qui sont en connexion avec eux; ainsi nous avons montré par des expériences d'un autre ordre, que l'on peut augmenter la puissance motrice d'un membre, en même temps que sa sensibilité et son volume : 1° par des excitations périphériques portant, soit sur la sensibilité générale, soit sur la sensibilité spéciale (surtout du côté correspondant au membre exploré); 2° par des mouvements actifs ou passifs de ce membre; 3° par des mouvements actifs ou passifs d'un autre membre (et surtout de l'autre membre du même côté) ; 4° par une excitation psychique générale (travail intellectuel) ; 5° par des représentations mentales des actes précédents provoquées par la suggestion. Si nous considérons que toutes ces circonstances qui amènent un changement dynamique avec exagération de la fonction dans les membres s'accompagnent de la même augmentation de volume, c'est-à-dire du même accroissement d'afflux sanguin, nous pouvons soupçonner qu'elles déterminent dans le cerveau aussi des modifications circulatoires concordantes (1). Si les images provoquent les mêmes modifications dynamiques que les excitations ou les mouvements, c'est qu'elles en sont la représentation exacte, la fidèle reproduction. La destruction des images ou des excitants normaux ne peut amener la perte de la fonction que si elle produit en même temps une diminution de l'afflux sanguin dans le membre et vraisemblablement un trouble corrélatif dans la circulation cérébrale (2).

Il semble donc que les mouvements volontaires ne puissent s'exécuter que dans certaines conditions de la circulation cérébrale. Or, dès que nous savons que certaines excitations périphériques sont capables de reproduire ces conditions, nous comprenons comment les agents connus sous les noms d'esthésiogènes ou de dy-

(1) *Bull. Soc. de Biologie*, 1885, passim ; — *Revue philosophique*, octobre 1885, mars et juillet 1886.

(1) L'activité des centres psycho-moteurs s'accompagne d'une sorte d'érection des membres, qui n'est en somme que la réduction du phénomène que nous voyons se passer du côté des organes érectiles en rapport avec les centres génitaux. — M. Mosso eut dû être arrêté dans la construction de sa théorie du balancement entre la circulation cérébrale et la circulation périphérique par le phénomène de l'érection qui se produit à l'état physiologique en dehors de toute excitation périphérique sous la seule influence de représentations mentales, tellement que certains sujets sont capables de produire *à volonté* le spasme cynique : on a pu voir il y a quelques années dans plusieurs cercles de Paris un individu qui exhibait ses organes génitaux et sans aucun contact, *coram populo*, amenait l'érection et l'éjaculation par une véritable masturbation psychique. D'autres faits non moins bien acquis et relatifs à la physiologie des muscles sont en contradiction avec la théorie de M. Mosso. — L'augmentation de volume des organes sous l'influence de la mise en activité de leurs centres cérébraux qui m'est démontrée par de nombreuses expériences sur des sujets très divers est capable de rendre compte des modifications de circulation plus caractérisés qui amènent des exsudations sanguines (*stigmates*) ou séreuses (*vésication, brûlure* suggestive), des gonflements localisés du sein (Dumontpallier), de la thyroïde (Luys). *Bull. soc. de Biologie*, 7 août 1886.)

(2) *Bull. soc. Biol*, 1886, p. 399.

© BIU Santé

namogènes, et qui ne sont en réalité que des irritants périphériques, sont susceptibles de ramener le mouvement dans les parties qui l'avaient perdu, comment les mouvements passifs peuvent agir de même, comment enfin la provocation d'une image motrice qui elle aussi ne se produit que concurremment à une modification de circulation cérébrale, est capable de rétablir les fonctions motrices.

La suggestion peut s'exercer soit par la parole, soit par le geste. Un des meilleurs procédés que je recommande pour rappeler les images motrices dans les paralysies psychiques unilatérales, consiste à faire exécuter, tout en fixant l'attention sur le côté malade, le mouvement du membre perdu avec le membre resté sain ; on sait que chez les hémiplégiques à lésion matérielle cette manœuvre provoque souvent des mouvements associés du côté paralysé ; chez les suggestibles, le phénomène peut s'exagérer jusqu'à la guérison de la paralysie.

Cette explication physiologique de la suggestion relative aux phénomènes moteurs plus accessibles à l'analyse, peut s'appliquer sans modification aux phénomènes sensitifs et sensoriels, et conséquemment aux phénomènes psychiques en général.

Nous insisterons cependant d'une façon particulière sur le rôle relatif de la suggestion dans les troubles mentaux. CH. FÉRÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 août 1886. — PRÉSIDENCE DE M. FIZEAU.

M. LARREY présente un mémoire de M. GORI, d'Amsterdam, sur *les effets des projectiles dits de l'avenir*. Comme l'ont proposé d'autres chirurgiens militaires, M. Gori voudrait que les coups de feu des armes portatives puissent borner leur action à mettre la plupart des blessés hors de combat. Diminuer le diamètre des projectiles, substituer au plomb, trop susceptible de se déformer, un métal plus dur, plus résistant, tel que le cuivre, afin de ne pas déchirer ou détruire les tissus traversés, ou bien appliquer sur la balle de plomb une enveloppe métallique résistante, ou encore façonner celle-ci en culot et y couler le plomb ou un alliage de plomb, ou choisir enfin une enveloppe en acier, tels sont les divers moyens proposés, dont M. Gori cite les auteurs et apprécie les recherches. L'effet attribué à l'usage des balles explosibles peut être obtenu aussi avec des balles ordinaires (c'est-à-dire la dilacération des tissus organiques) et ce même effet peut être diminué, en faisant usage des balles Lorenz (soudure solide de l'enveloppe métallique au projectile ou au noyau du projectile).

M. Ch. MAURICE étudie l'*appareil branchial, les systèmes nerveux et musculaire de l'Amaroecium torquatum* (Ascidie composée).

M. FRANCOIS donne *la description d'une larve de Lampyris noctiluca*, ayant vécu sans tête.

M. SCHMELTZ adresse une note sur les *propriétés antiseptiques d'une combinaison d'acide salicylique et d'essence d'Eucalyptus*. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 16 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

23. **Note à propos d'un cas de kyste tendineux de la gouttière calcanéenne** ; par TUFFIER, prosecteur de la Faculté. (*Suite*).

Arthrite fongueuse tibio-tarsienne. Nécrose et résection de l'astragale. — Récidive. — Grattage. — Amputation. — Dissection du membre amputé. — Névrite du tibial postérieur. — Ostéite des os du tarse. — Large envahissement de la plante du pied par l'intermédiaire de la gaîne du fléchisseur propre du gros orteil.

G..., 42 ans, commerçant, est un homme grand, bien constitué, qui se présente à l'examen de M. Verneuil en avril 1885 pour se faire soigner d'une affection chronique du pied. Les antécédents morbides ne permettent de relever aucun stigmate de scrofule ou de syphilis.

Le début de ses accidents remonte au mois de janvier. A cette époque, il ressentit quelques douleurs au niveau du coude-pied, douleurs survenues sans cause appréciable. D'abord assez vives après une marche prolongée, elles s'accentuèrent en quelques semaines, au point de rendre toute station debout intolérable: en même temps, la région augmenta de volume sans altération de la peau. Le médecin ordinaire immobilisa la jointure dans un appareil silicaté, les douleurs persistèrent et notre homme vint consulter M. Verneuil qui posa le diagnostic arthrite fongueuse tibio-tarsienne et prescrivit l'immobilisation dans un appareil plâtré et une révulsion ignée. Ce traitement fut exécuté par M. Reclus qui y ajouta l'ignipuncture. Malgré cela, un abcès se forma sur la face dorsale du pied, puis devint fistuleux. Une seconde collection s'ouvrit en dehors et subit la même évolution. On pratiqua quelques injections iodoformées ; malgré cela, les douleurs augmentèrent, le gonflement devint plus considérable, les muscles antérieurs s'atrophièrent, la suppuration anémia le patient et les poumons étant indemnes, M. Verneuil décide au mois de septembre qu'une intervention active est nécessaire et fait entrer le malade à la maison de santé de la rue Oudinot. Là, le programme opératoire est ainsi conçu : large débridement des fistules, exploration des os malades, résection ou amputation suivant l'étendue des os atteints.

La fistule externe est largement ouverte et on tombe sur un astragale dénudé et nécrosé, le reste des os du tarse paraît normal. On fait une contre-ouverture en dedans et on extirpe l'os nécrosé en totalité. Double drainage transversal et antéro-postérieur. Iodoforme, pansement ouaté.

Dans les premiers temps, tout marche à souhait. Apyrexie complète, disparition des douleurs, reprise de l'appétit et des forces, suppuration peu abondante, indolence des parties. Au 15e jour, on enlève le drain antéro-postérieur. Au 25e jour, le membre est placé dans un appareil silicaté, la suppuration est presque tarie, les douleurs ont disparu, le pied commence à prendre un peu de solidité sur la jambe et le malade se lève.

Au bout d'un mois, les choses changent d'aspect. Les douleurs reparaissent sous forme d'élancements qui rappellent de tous points les douleurs fulgurantes du tabes, en même temps le pied devient plus volumineux, la région interne au niveau des gaînes s'empâte, la pression à ce niveau fait sourdre du pus par les orifices du drain transversal. Le gonflement augmente lentement mais constamment, les douleurs deviennent continues et M. Verneuil pense à une récidive de l'ostéite. Le 9 mars 1885, il pratique une nouvelle ouverture et un grattage de toutes les parties malades. Aseptie, iodoforme, ouate.

Les douleurs cessent pendant quelques jours, mais bientôt elles se manifestent de nouveau, avec une intensité telle que la morphine même reste impuissante à les calmer ; ce sont de violents élancements qui partent de la partie moyenne de la jambe et s'irradient jusqu'au bout des orteils en provoquant des soubresauts de tout le membre. Ces élancements se répètent toutes les demi-heures ou toutes les heures, et causent un endolorissement de toute la région. Le séjour au lit, la suppuration joints à l'insomnie presque complète et à l'inappétence du malade, font qu'il réclame une intervention radicale.

Le 14 juin, M. Verneuil pratique l'amputation de la jambe au lieu d'élection, par la méthode à 2 lambeaux, antérieur et postérieur, et avec l'aide de la bande d'Esmarck.

Dans le cours de l'opération, on constate une dégénérescence graisseuse de tous les muscles, qui sont jaunâtres et atrophiés. Le canal médullaire des os est agrandi et rempli d'une moelle jaune et diffluente. Résection de 3 centimètres du nerf tibial postérieur qui est normal. Après l'enlèvement

© BIU Santé

de la bande élastique, rosée sanguine à la surface du moignon. Une compression méthodique pendant 10 minutes avec les éponges phéniquées, la supprime en partie. Cependant, comme le suintement persiste, M. Verneuil fait 4 points de suture profonds au crin de Florence. Antisepsie rigoureuse. Drainage au-dessus et au-dessous des sutures. Iodoforme sur la plaie, gaze iodoformée et ouate antiseptique.

Les jours suivants, apyrexie absolue (37°,5, 38°), indolence presque complète, mais au 5e jour, nouveaux élancements dans la jambe amputée, avec douleur fixe du talon, douleur si vive qu'elle arrache des cris au malade.

Au 8e jour, on enlève le pansement. Quelques gouttes de pus dans les drains, réunion par première intention; on place les drains seulement aux extrémités de leurs plaies. L'exploration du moignon pris en masse est indolente et en aucun point on ne trouve de gonflement ou de tension, mais toute la peau est le siège d'une hyperesthésie extrême jusqu'au-dessus du genou; le simple passage léger de la pulpe du petit doigt ou des barbes d'une plume sur la peau provoquent des douleurs vives.

Pensant que peut-être il s'agit d'une névralgie traumatique précoce, je donne 1 gr. de sulfate de quinine; même pansement.

Les douleurs diminuent d'intensité et finissent par disparaître au 28e jour.

Le segment de membre amputé est d'une régularité telle comme forme, que l'on s'aperçoit à peine de la disparition de l'astragale. Le pied est à angle droit, il a gardé par rapport à l'axe de la jambe, ses dimensions normales, mais son volume est plus considérable et une saillie interne suit la direction des tendons fléchisseurs et aboutit à une tuméfaction diffuse de la région interne de la plante du pied.

La dissection, après injection vasculaire, nous montre des muscles pâles, graisseux, atrophiés, surtout à la partie antérieure. Les artères sont englobées au niveau de la gouttière calcanéenne, dans une masse fongueuse et sclérosée qui les enserre et se confond avec leurs parois. La tibiale postérieure surtout est perdue au milieu d'une masse fongueuse, son calibre à ce niveau est nettement diminué.

Le nerf tibial postérieur présente des altérations remarquables qui s'étendent de l'articulation tibio-tarsienne à une distance de 3 cent. au-dessous de l'amputation. Ce nerf a doublé de volume, il est dur, sclérosé, et toute sa surface est vivement injectée d'un élégant réseau de petits vaisseaux. Cette augmentation de volume ne s'étend pas à la plante du pied, et se termine en fuseau au-dessous du point amputé. Cependant à ce niveau, son diamètre est encore un peu plus considérable que normalement.

Le nerf tibial antérieur est sain.

Les gaines synoviales de la région sont envahies par les fongosités. Les muscles péronés ne présentent qu'un simple épaississement. Mais les gaînes tendineuses de la partie interne du cou-de-pied sont remplies de fongosités. Ces gaines sont ouvertes successivement : la séreuse du jambier postérieur n'est atteinte que dans une étendue de 2 à 3 centimètres au-dessous de l'articulation, La synoviale du fléchisseur commun est au contraire couverte de granulations rougeâtres dans toute son étendue, mais les lésions les plus considérables siègent dans la gaine du fléchisseur propre du gros orteil. Cette séreuse est distendue par les fongosités qui s'étendent jusqu'à son extrémité inférieure; elles forment une masse rougeâtre qui a dépassé notamment les limites de la gaine et est venue s'épanouir dans le tissu cellulaire du pied, où elle forme la tuméfaction apparente que nous avons constatée à travers les téguments.

Les surfaces osseuses au niveau de l'articulation tibio-calcanéenne sont couvertes de fongosités aussi bien sur le plateau tibio-péronéen que sur la face supérieure du calcanéum. Ces deux surfaces sont réunies sur les parties latérales par des jetées osseuses très nettes qui immobilisent le pied dans sa situation, mais qui sont peu résistantes. Le tibia est volumineux, son plateau inférieur est rougeâtre, couvert d'ostéophytes éburnées ou raréfiées. Les canaux de Havers sont visibles à l'œil nu, sa surface fendue suivant son axe, montre une moelle jaunâtre, diffluente au milieu de trabécules friables ; le tout remontant jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus du plateau. Le péroné présente surtout des traces d'ostéite condensante limitée à la malléole. Le calcanéum a son cartilage exfolié, il est friable et se coupe facilement au couteau, sa partie supérieure est jaunâtre, tandis que les trabécules de la grosse tubérosité présentent une coloration rouge très remarquable. La surface scaphoïdienne est également couverte de fongosités. Les autres os sont friables, leur coupe présente un aspect jaunâtre, tous sont atteints de dégénérescence graisseuse.

Je crois pouvoir ainsi résumer l'ensemble de cette communication. Les synoviales qui accompagnent les tendons de la gouttière calcanéenne présentent des rapports variables avec les articulations qu'elles côtoient.La gaîne du jambier postérieur est séparée de l' articulation par le ligament latéral interne, et doit être rarement envahie par les lésions de cette articulation. Cette gaîne entoure le tendon jusqu'à la tête de l'astragale. A partir du scaphoïde, elle est incomplète, recouvre la face profonde du tendon et l'accompagne sous cet os (Bouchard).

La synoviale du tendon fléchisseur commun descend (1) jusqu'au point où elle est croisée par le tendon fléchisseur propre du gros orteil. Elle est en haut séparée de la jointure du pied par les fibres les plus postérieures du ligament latéral interne.

La synoviale du fléchisseur propre du pouce présente l'étendue la plus considérable et les rapports les plus importants avec les séreuses articulaires. Partant de 1 à 5 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsienne, elle va à 7 centimètres en avant de la malléole interne au delà du point où le tendon est croisé par le fléchisseur commun ; là elle s'adosse à la synoviale de ce tendon et peut communiquer avec elle. Les deux synoviales baignent à ce niveau dans une masse graisseuse qui les sépare des vaisseaux plantaires et du ligament latéral interne du tarse devenu l'aponévrose profonde du pied. En haut,elle s'adosse directement à la séreuse tibio-tarsienne et leur ensemble forme une seule membrane ; plus bas, un peloton graisseux la sépare de l'articulation calcanéo-astragalienne postérieure.

Elle est donc bien disposée pour subir le contre-coup de toutes les lésions articulaires ou pour déterminer secondairement ces lésions et leur tracer une voie vers la face plantaire. Ces lésions peuvent ainsi s'étaler dans la plante du pied au milieu du tissu graisseux ou peut-être remonter le long de la gaine du fléchisseur commun.

Ces gaines peuvent être le siège de kystes tendineux qui affectent la forme même de la séreuse, et *ne paraissent pas* présenter de communication avec les articulations.

La gaine du fléchisseur propre peut être envahie par des néoplasies tuberculeuses dont le siège initial est dans l'articulation tibio-tarsienne. Elles affectent la forme allongée le long de la gaine dans leur partie supérieure et se renflent à leur partie inférieure au niveau de la face interne du pied.

Le siège de la tuméfaction par rapport à l'artère tibiale postérieure permet de porter un diagnostic anatomique exact, et de localiser l'affection dans la gaine du fléchisseur commun, si l'artère est en arrière de la lésion, dans la gaine du fléchisseur propre, si elle bat en avant de cette tuméfaction.

(1) Les limites supérieures de ces gaines sont décrites dans Bouchard (*Loc. cit.*). D'après mes dissections, cette limite est très variable.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 21 juillet 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. HUCHARD lit une note sur les propriétés thérapeutiques de la *cotoïne*, ou extrait du coto, plante de Bolivie. On l'emploie à la dose de 15 à 20 centigrammes chez l'adulte dans les diverses sortes de diarrhées. On peut la donner soit en poudre, soit sous forme d'extrait alcoolique ou de teinture. On peut également fabriquer du vin de coto en faisant macérer pendant dix jours 30 grammes d'écorce de coto dans un litre de vin de malaga. M. Huchard emploie surtout la cotoïne en poudre,

© BIU Santé

4 grammes pour 20 paquets, et a obtenu des résultats incontestables dans diverses sortes de diarrhées tuberculeuses ou autres (1).

M. C. Paul est étonné des résultats obtenus par M. Huchard dans la diarrhée des tuberculeux : il serait à désirer que cet cet auteur eût spécifié davantage qu'il ne l'a fait, ne confondant pas dans un même diagnostic les diarrhées de l'intestin grêle et du gros intestin qui exigent une thérapeutique différente.

M. Huchard a administré la cotoïne aux tuberculeux : chez deux elle a échoué, chez l'autre elle a donné des résultats incomplets ; il en a été de même dans les diarrhées arthritiques ; il a fait seulement quelques expériences et ne pose pas ses résultats en principe.

M. Moutard-Martin a lu dans la communication de M. Huchard un terme qu'il voudrait voir disparaître de la littérature médicale : « On l'a proposé dans le choléra » y est-il dit. Ce terme de « proposer » est abusif : il semble créer une sécurité que n'avaient pas eux-mêmes les auteurs de la *proposition*.

M. Guérin présente des topiques en gélatine pour la thérapeutique oculaire ; on en introduit un fragment dans le cul de sac conjonctival, et il est fort bien supporté.

M. C. Paul rappelle qu'on s'est servi depuis longtemps en thérapeutique oculaire de plaques de gélosine remplissant un but analogue à celui que lui propose M. Guérin. Cependant, le procédé employé par cet auteur est fort recommandable.

M. Dujardin-Beaumetz se propose de traiter l'hydrocèle par l'injection de gélosine à la place de l'alcool et dans le but de solidifier la masse liquide.

M. Boismont lit une note sur le *salol* composé d'acide sulfurique et de phénol et employé comme antipyrétique et antirhumatismal, à la dose de 6 à 8 gr. par jour en cachet.

M. Brame lit une note sur *le traitement des métrorrhagies*.

Gilles de la Tourette.

REVUE DE DERMATOLOGIE

XX. Ulcère cutané d'origine nerveuse; par le professeur Cellio Pellizari (de Pise) (*Giorm, Ital. dell. ma. ven. e della pelle*, 1884, p. 92.)

XXI. Sur une variété de Périfolliculites suppurées et conglomérées en placards ; par M. Leloir, pour le 25 août 1884, dans les *Annales de Dermatologie* et accompagné de deux planches en chromo-lithographie.)

XXII. Etiologie du psoriasis ; par M. le Dr A. Wolff (*Viertel jahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1884, nos 3 et 4.)

XXIII. De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des maladies des femmes, notamment dans le vaginisme et le prurit de la vulve; par Hoffmann (*Viener mediz. Presse*, 1884, nos 50 et 51.)

XXIV. Contribution à l'étude du prurit d'hiver ; par Oberbener (*Wiener medizinische-Wochenschrift*, n° 16, 1884.)

XXV. Signification pathologique du prurigo ; par G. Riehl (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1884, nos 1 et 2.)

XX.— Bateman et Willan ont décrit une forme de *Rupia escharotique* comme spéciale aux enfants cachectiques par défaut de nutrition. M. Pellezzari amené à poser le diagnostic de cette lésion nous donne des détails sur son histoire clinique. Il nous décrit l'ulcère du mollet, ainsi que l'état général de l'enfant, l'alcoolisme du père, et il en arrive à la possibilité d'une lésion trophique d'origine nerveuse qui fut complètement confirmée par l'examen des fonctions nerveuses faites de concert avec le Dr Turchini. Le traitement fut basé sur l'action du courant continu ascendant au pôle sur le point d'émergence du sciatique et l'autre à la plante des pieds. Au bout de quatorze séances d'électricité, la plaie fut guérie et l'état général redevint bon. Ce fait confirme les travaux dans lesquels M. Leloir démontre l'origine nerveuse de certains pemphigus.

XXI. — M. Leloir décrit une affection particulière de la peau, *non encore signalée ni étudiée*, bien que n'étant pas d'une rareté excessive. Il démontre par une série de faits cliniques et d'examens histologiques, que cette affection bizarre, qui souvent a été confondue avec d'autres affections cutanées dont elle semblerait se rapprocher au premier abord, n'est autre chose qu'une forme spéciale non décrite de perifolliculites suppurées et conglomérées en placards. Après la *description clinique* et anatomique de la forme typique de cette affection, il en étudie les variétés : anthraçoïdes, papillomateuses et il passe ensuite à l'étude du *diagnostic différentiel* avec diverses dermatoses, en particulier avec le sycosis parasitaire ou non, le bouton de Biskra, l'anthrax, la lymphadénie cutanée, les papillômes cutanés inflammatoires, les hydroserdénites phlegmoneux, etc. Vient ensuite une étude *anatomo-pathologique* détaillée de l'affection qui montre qu'il s'agit ici d'une forme spéciale de dermite périfolliculaire. L'étude histologique de cette maladie lui a fait constater en outre à son grand étonnement des particularités absolument inattendues; c'est la présence d amas zoogléiques de micrococci isolés ou disséminés siégeant dans l'épaisseur du derme. Lorsque ces micrococci sont réunis en amas zoogléiques, ils simulent, à un faible grossissement des cellules géantes et pourraient être pris comme telles si on ne les examinait pas à un fort grossissement et si on ne les colorait pas. Le tissu dermique enflammé contient donc dans cette affection un micrococcus en points isolés ou doublés ou en chainettes, se réunissant parfois en amas zoogléiques. Il importait de savoir si ce microbe n'existait qu'au niveau des régions enflammées de la peau, où s'il n'existait pas aussi dans la circulation générale des sujets porteurs de cette affection. Dans deux cas il a pu, avec l'assistance de M. le Dr Duclaux, en ensemençant quelques gouttes de sang recueillies à distance du foyer inflammatoire, obtenir une belle culture pure d'un microbe mobile, en points doublés ou en chainettes et en amas zoogléiques. Ce liquide de culture inoculé aux animaux a produit des phénomènes variables suivant l'âge de la culture, et d'autant plus graves que la culture était plus récente. Il semblerait donc résulter de ces faits que, dans ces cas, la virulence du microbe va en s'atténuant à mesure que la culture devient plus ancienne. Peut-on supposer, en s'appuyant sur les recherches expérimentales qui sont publiées d'une façon détaillée dans son mémoire, que le virus disséminé dans le sang, et tendant à être détruit dans ce milieu s'élimine (en partie au moins) par la peau et en particulier par les follicules pilo-sébacées sous forme de périfolliculites? Ces périfolliculites se rapprochent-elles par leur pathogénie de certains furoncles, pustules, abcès dermiques consécutifs à certaines maladies infectieuses? Ou au contraire proviennent-elles de la pénétration dans la follicule d'un microbe pouvant secondairement pénétrer dans la circulation locale et même générale ? Pour ne pas nous laisser entraîner dans le domaine de l'hypothèse, il vaut mieux dire que l'étiologie et la pathogénie de cette singulière affection nous sont inconnues. Son pronostic est bénin. Sous l'influence d'un traitement approprié et purement local (compression, bains, applications émollientes et anti-sceptiques), la guérison paraît survenir constamment en quelques semaines. Il n'y a pas, ou guère, de cicatrices consécutives.

XXII.— Lang d'Inspruck a considéré le Psoriasis comme une affection parasitaire, en se basant dans ses premières recherches sur les caractères cliniques de l'affection et ensuite sur la présence du champignon constitué d'après lui par des filaments de mycélium et des spores en massues apparaissant souvent en proportion considérable et situées dans les couches les plus profondes de l'épiderme. Le Dr Wolff a trouvé le même caractère des parasites, mais il se demande si cette affection n'est pas héréditaire

(1) Comme l'a, du reste, rappelé M. Huchard, nous avons depuis longtemps, soit dans le *Progrès médical* (22 décembre 1883), soit dans le *Manuel des injections sous-cutanées* (2e édition, p. 68, 69 et 153) attiré l'attention du public médical sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la cotoïne et de la paracotoïne, et sur l'emploi qu'en ont fait les différents auteurs (*Note de la rédaction.*)

© BIU Santé

et si on n'hérite pas de la disposition du psoriasis. Comme interprétation des phénomènes d'irritation (tatouage, etc.) qui peuvent amener des efflorescences psoriasiques, il nous montre que ce n'est pas sur le trajet des lignes de l'aiguille, mais çà et là, que se montre le psoriasis. Il est en outre disposé à admettre, sans preuves positives, que le champignon existe sans phénomènes objectifs du côté de la peau : aussi le voit-on survenir sur des parties plus exposées aux influences nuisibles extérieures. Les efflorescences venues après les pommades irritantes sur le corps et du côté des ongles, font voir que, si le parasite est de nature mycusique et s'il ne vient pas du dehors, c'est que probablement il est contenu dans les substances ingérées et déposé ensuite par la circulation sur les points indiqués comme préformés. Ce travail dont les conclusions sont loin d'être démontrées est d'ailleurs embrouillé.

XXIII. — L'auteur, après nous avoir rappelé les différents traitements qui, dans certains cas rebelles, ont échoué, et rappelé les différents résultats si remarquables obtenus par l'action de la cocaïne, nous présente un travail sur l'emploi de cette substance. L'auteur l'emploie en pommade à la dose de 3 0/0, en applications deux ou trois fois par jour. Les malades soumis à cette médication disaient que le besoin de se gratter avait presque disparu au bout de quelques jours et qu'elles perdaient peu à peu l'anxiété de se mettre au lit. Après huit jours, application de pommade seulement avant le coucher, inutile dans le jour.

XXIV. — L'auteur, après nous avoir rappelé le peu de fréquence de cet état morbide, nous rapporte le cas d'un jeune homme du Caire, dont deux points de l'observation sont surtout remarquables : La température à laquelle vit ce malade qui, en hiver, ne descend presque jamais au dessous de 5° centigrades, l'aggravation par les émotions morales vives, et termine cet article en se demandant si cette affection est d'origine nerveuse ou si elle doit être attribuée à la basse température ou à d'autres influences climatériques.

XXV. — L'auteur, après nous avoir donné l'opinion d'Hebra, oublie de nous citer les travaux de Duhring, nous indique les complications qui peuvent déterminer le grattage persistant et les divergences qui s'élèvent parmi les auteurs. Il passe ensuite à la symptomatologie qu'il a relevée dans ses propres observations. Sur les tout petits enfants, absence de papules. A leur place on trouve des pomphi de grosseur variable qui sont disséminés sur tout le corps et sont les seules manifestations du prurigo. Vers la fin de la première année, on trouve disséminées entre les pomphi. TAVERNIER.

CORRESPONDANCE

Lettre d'Angleterre.

Monsieur le Rédacteur,

M'étant trouvé cet été à Brighton à l'époque du Congrès de la « *British medical Association* », je m'empresse de vous communiquer ce qui a présenté de l'intérêt au point de vue international dans les discussions des diverses séances. Brighton est un endroit merveilleux, bien conditionné pour tenir en belle humeur les visiteurs ; la nature a été puissamment aidée par les hôtes, Brighton a remué ciel et terre pour bien fêter ses visiteurs : L'amabilité et l'hospitalité anglaises s'y sont donné la main. Les travaux et les plaisirs, les séances scientifiques et les joyeuses agapes se succédaient coup sur coup.

Le respect des Anglais pour les hommes célèbres s'est montré dans la manière dont furent acclamés les professeurs Charcot, Brown-Séquard, Liebreich (de Berlin) et le Dr Davis (de Chicago), président du congrès international d'Amérique. Dès qu'un de ces savants se montrait, il était reçu par des hourras frénétiques.

Le peu de place dont je dispose ne me permet pas d'entrer dans trop de détails sur les séances du Congrès, mais je donnerai ici quelques notices qui me semblent avoir de l'intérêt. Ainsi la communication de l'excellent observateur Sir Andrew Clark, sur les maladies valvulaires du cœur qui durent pendant plus de 5 ans sans donner lieu à des symptômes, ne manquera pas d'attirer l'attention générale et de modifier les idées ayant eu cours jusqu'à ce jour sur le pronostic de ces affections valvulaires du cœur qui n'ont donné lieu à aucun symptôme.

Il a vu ainsi guérir des lésions valvulaires quand les malades se soumettaient à de bonnes conditions physiologiques. Il prescrit le repos de l'esprit absolu, pas d'excitation, et une nourriture saine et pas trop abondante. Eviter le thé et le tabac qui affaiblissent les ventricules. Le Dr Albutt a recommandé en outre la suppression de l'alcool, pour la même cause.

La communication du Pr Liebreich sur la *lanoline* a été fort appréciée. Cette graisse, sans doute identique à l'éléïdine que Ranvier a découverte, dans la peau, est caractérisée par le fait qu'elle contient au lieu de glycérine de la cholestérine unie aux acides gras. Les autres particularités sont les suivantes : elle absorbe plus de 100 0/0 d'eau, se résorbe avec une grande énergie par la peau et introduit ainsi les substances qu'on lui a incorporées, elle calme très manifestement l'irritation. Ces qualités ont donné à cette graisse une grande importance dans la thérapeutique dermatologique, le sycosis, la séborrhée sèche sont influencés en bien par cette graisse. Brandis à Aix-la-Chapelle, emploie l'onguent hydrargyrique uni à la lanoline, contre la syphilis, Ewer à Berlin s'en sert pour le massage. Dans la discussion qui suivit, Schœmaker (de Philadelphie) et Mackay (de Brighton) s'en sont montrés très partisans contre l'alopécie, l'eczéma chronique, le psoriasis et les affections rhumatismales articulaires, sous forme de lanoline à l'iodure de potassium.

Parlons enfin de la *névrite périphérique* ; le voile qui nous cache encore cette affection a du moins pu être soulevé quelque peu. Le Dr Ross de (Manchester) a montré les analogies qui existent entre la névrite multiple périphérique et les affections produites par des poisons circulant dans le sang, tels que le plomb, l'arsenic, l'alcool, l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone et beaucoup de poisons animaux. Les symptômes sont des paralysies motrices sensorielles et trophiques. Le second orateur, le Dr Buzzard a décrit les modifications histologiques de la névrite, qui sont la suite soit du processus dégénératif, soit des processus inflammatoires. Il croit que ces nerfs sont attaqués par le courant sanguin qui les nourrit par suite d'une irritation du centre vasomoteur. Le Pr Charcot a fait ressortir que nous sommes encore loin de comprendre le processus que nous appelons névrite périphérique. Presque toutes les paralysies provenant des poisons ci-dessus indiqués diffèrent entre elles ; tantôt une région, tantôt une autre se trouve atteinte. Le Pr Brown-Séquard oppose à M. Buzzard que le centre vasomoteur lui semble recevoir trop d'importance au détriment du système nerveux lui-même. Ce centre peut influencer directement la nutrition par action chimique, et produire des gangrènes et des arthrites. Il a étudié une augmentation d'activité vitale dépendant de modifications du système nerveux, sous le nom de dynamogénèse. Toutes ces données doivent être mises à contribution si l'on veut étudier la névrite. Z.

L'Hôpital Rodolfinien et l'Ecole des Infirmières.

Vienne, 22 juin 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

J'en vais vous parler aujourd'hui de l'hôpital Rodolfinien et de son Ecole d'infirmières.

L'HÔPITAL RODOLFINIEN a naturellement été, dès les débuts de son installation, doté d'un RÈGLEMENT. Nous le résumons tel qu'il est, en tenant compte des petites transformations qu'il a subies soit au point de vue financier, soit au point de vue des fonctions rendues indispensables à raison du développement de l'établissement.

Un Directeur, le professeur Billroth, est chargé de toute l'administration, et dirige simultanément l'école d'infirmières. Il représente la maison vis-à-vis et de l'autorité publique et du comité qui l'a investi de cette fonction. Le bureau de l'administration intérieure de la maison est conduit par le secrétaire de la Société, lequel habite l'établissement dont il surveille les édifices. Un caissier reçoit tous les dons en argent,

© BIU Santé

et prend ce qui est nécessaire aux besoins, dans la caisse de la société. Le contrôle s'exécute à fin d'année par les inspecteurs des comptes. Le traitement médical et chirurgical est entre les mains de deux médecins en chef et de deux assistants docteurs conformément aux usages allemands. On y peut admettre jusqu'à nouvel ordre une quarantaine de malades ; soit 20 à 24 de 3e classe au baraquement, et 16 de 2e et 1re classe. Ce sont les médecins en chef qui procèdent à la réception de ces malades. Parmi les lits de 3e classe, il y a 6 lits de fondation ; les membres fondateurs qui ont versé la somme réglementaire correspondante peuvent y envoyer gratuitement les malades qu'ils assistent, mais ils permettent aussi au Directeur d'y coucher des indigents, surtout quand une opération est urgente et à la condition que le fondateur n'ait pas autre-

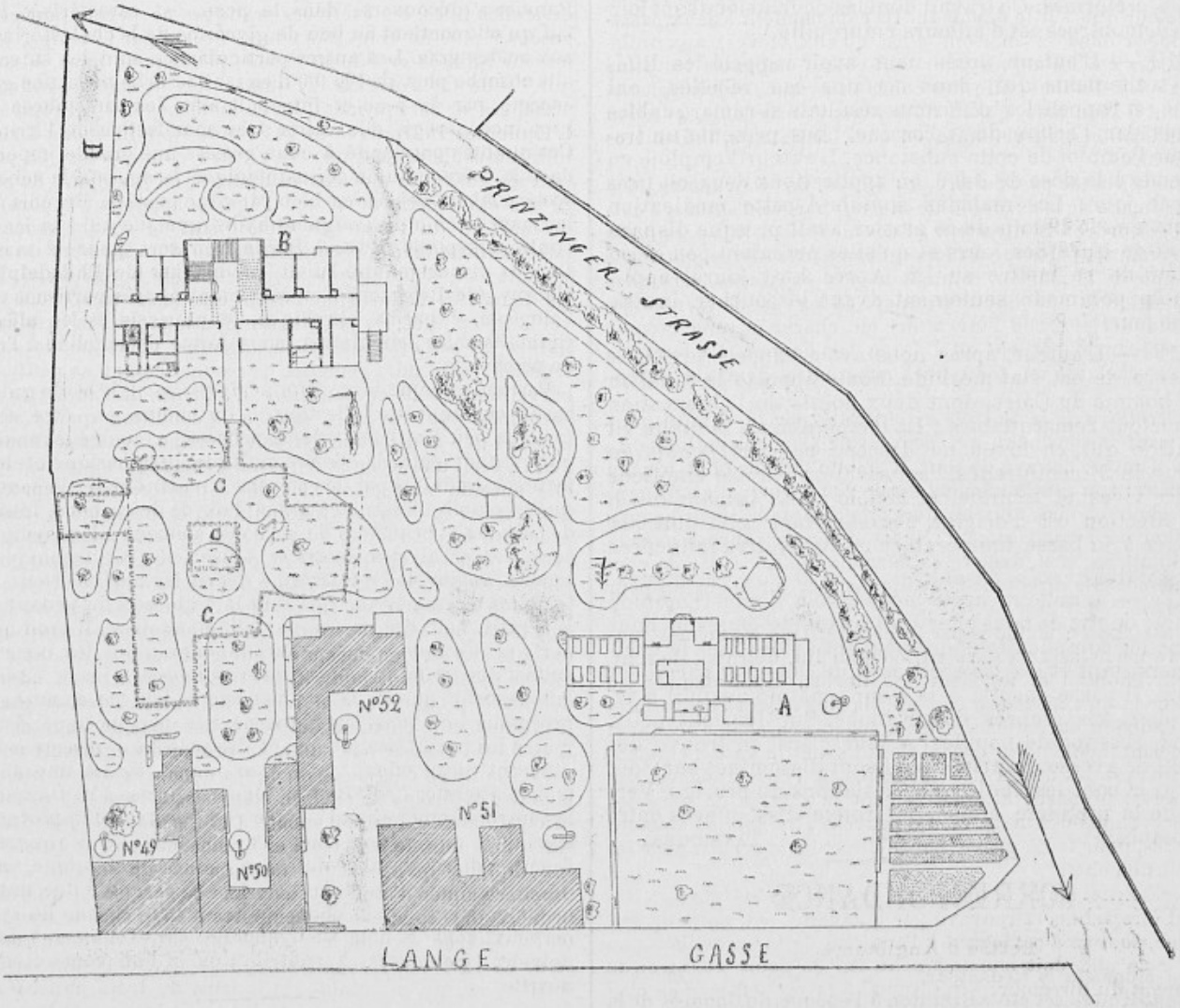


Fig. 80.—Légende de l'*Hôpital Rodolfinien* : N^{os} 49, 50, 51, 52, Villas achetées avec le bien-fonds et utilisées.— A, Baraquement.— B. Pavillon des pensionnaires de 1re et de 2e classe, élevé en 1885. — c. c. c. Projet du pavillon d'administration complémentaire du pavillon B. — D. Nouvel accès devant conduire aux nouveaux pavillons (1).

ment disposé de son lit, qui en réalité lui appartient. Les autres malades de 3e classe paient 1 florin 1/2 par jour. Ceux de 2e classe ont une chambre commune à 2 ou 3 malades et paient 4 florins (10 francs) par jour ; cette classe convient surtout à ceux qui désirent avoir leurs parents autour d'eux. Les pensionnaires de 1re classe ont une chambre à leur disposition : 6 florins par jour. Une provision de 30 jours est invariablement due d'avance. La pension comporte chambre, chauffage, éclairage, soins médicaux, alimentation, opération, médicaments, appareils, entretien. On paie à part tout ce qui ne fait point l'objet d'une prescription spéciale. Toute personne qui vient vivre à côté de son malade doit 3 florins par jour en sus. Il n'est dû aux médecins aucun honoraire, aux infirmières aucune rémunération L'hôpital est ouvert à toutes les formes morbides médicales ou chirurgicales, à l'exception des maladies contagieuses et mentales. Les malades ont, sans rétribution, droit au linge de corps et de lit, ainsi qu'aux vêtements de la maison réglementaires. Ils ne peuvent quitter l'hôpital sans la permission du médecin ; leurs visites sont en hiver de 1 heure à 5 heures, en été de 1 heure à 6 heures, sinon il faut l'autorisation médicale ; même autorisation relative à l'introduction des boissons, etc... Les malades de 3e classe déposeront entre les mains du secrétaire, vêtements et argent (vestiaire et dépôt spéciaux *ad hoc*). Les soins de l'économie domestique incombent à Madame la surveillante en chef qui habite la maison et veille à se faire remplacer en cas d'absence par une sous-surveillante. Tout don lui sera remis ainsi qu'au secrétaire ; c'est à elle ou à un médecin en chef que seront adressées les réclamations. La surveillante en chef confère chaque mois avec les dames du comité pour délibérer des affaires intimes.

Le *Directeur* qui doit être médecin et membre du comité est du reste visible à l'hôpital un jour par semaine, à des heures fixées. Son autorité qu'il tient du comité, et qu'il exerce un an s'il n'est indéfiniment réélu, prime en cas de contestation entre lui et la surveillante en chef ou les médecins en chef, mais jusqu'à ce que ces fonctionnaires, nommés de la même façon et dans les mêmes limites, se soient expliqués dans le sein du comité. Tous les quatre sont responsables. Les fonctions directoriales sont purement gratuites ; celles des

(1) Nous n'avons pu mettre cette planche appartenant à l'article du n° 33 faute de place.

© BIU Santé

médecins en chef comportent simplement 200 florins d'indemnité de déplacement ; la surveillante en chef complètement défrayée de tout, touche encore 600 florins par an. Le comité tient séance tous les 3 mois pour les affaires de la maison ; si la surveillante en chef et les médecins en chef ne sont pas membres du comité, ils ne paraissent que lorsqu'on traite une question qui les intéresse, n'ayant que voix consultative. Direction, administration, correspondance relatives soit à l'hôpital, soit à l'école d'infirmières, tel est le rôle du directeur ; il prend aussi part aux examens des élèves et signe leur diplôme. Son remplacement, en cas de besoin, relève d'un médecin en chef ou d'un membre du comité.

Les *médecins en chef*, seuls médecins traitants, seuls responsables de l'hygiène devant l'autorité, ne peuvent se faire remplacer qu'avec l'agrément du directeur, et ne peuvent remplacer le directeur que s'il le demande. Ils commandent à deux assistants logés dans la maison, ainsi qu'aux élèves, aux infirmières, aux sœurs-laïques pour tout ce qui embrasse les soins des malades. Ils font enfin des cours théoriques et pratiques et appellent à leur aide, quand ils le jugent convenable, et selon leurs indications, surveillante en chef, assistants, infirmières déjà formées.

La surveillance particulière des élèves, des infirmières, des sœurs, émane de la *surveillante en chef* chargée d'assurer l'exécution des ordres du directeur et des médecins. Elle préside le repas commun, participe à l'enseignement des élèves, gouverne l'économie de la maison, commande aux serviteurs, servantes et domestiques, a la haute main sur le service de la cuisine, de la buanderie, prend l'inventaire en charge et rend compte au Directeur de l'argent qu'il lui a fait donner. La surveillante en chef est au fond une supérieure générale intendante.

Le *secrétaire de la Société* est installé par le comité pour un an, sauf désistement, qui peut avoir lieu chaque mois de part et d'autre; défrayé de tout, il habite la maison et touche 480 florins : son cautionnement est de 200 florins; il est l'agent du directeur, et tient tous les livres de comptabilité et d'administration de l'établissement; il est donc en rapport avec la surveillante en chef, avec le caissier du comité. Il fait la correspondance. Le directeur peut le renvoyer sur-le-champ pour délit grave.

Les *assistants*, nommés par le comité dans les mêmes conditions que le secrétaire, sont, comme lui, défrayés de tout, habitent l'hôpital et touchent 480 florins. Subordonnés au directeur et aux médecins en chef, ils surveillent l'ordre intérieur, doublent et remplacent les médecins en chef, s'occupent de l'arsenal médico-chirurgical dont ils ont la garde, collaborent, suivant les désirs des médecins, à l'enseignement des infirmières, prennent alternativement le service de garde et les observations des malades. Ils peuvent être immédiatement congédiés, pour faute grave, par le directeur d'accord avec les médecins en chef.

Le *personnel de la maison*, qui, d'après les statuts (art. 16) devrait être admis et renvoyé par le comité, est, dans un but pratique, soumis à cet égard à l'autorité de la surveillante en chef; mais elle doit constamment, sur ce point, s'assurer de l'agrément du directeur. En résumé, à la surveillante en chef l'autorité domestique, ménagère, et la discipline du corps des infirmières; — aux médecins le service médical et l'utilisation technique des infirmières. La surveillante doit tenir lieu de mère à ces jeunes femmes ou à ces jeunes filles, en leur commandant le service prescrit, et établir entre elles un esprit de corps, une tradition. Elle suit la visite, mange avec ses subordonnées, donne l'exemple du bon ton dans cette communauté laïque, style au triple point de vue de l'enseignement professionnel, de l'éducation, de la morale et de l'hygiène celles qui ont besoin d'une direction constante, leur apprend la préparation des boissons et des aliments, les forme à l'entretien du linge et à la conservation des objets mobiliers, répartit les veilles et les gardes, forme dans la petite armée une sorte de hiérarchie et s'oppose à leur surmenage, en ayant soin de leur faire prendre l'air à tour de rôle, en dehors des jours de vacances réglementaires (une après-midi de sortie et un jour de repos complet à la maison toutes les semaines).

Nous sommes donc arrivés insensiblement, mais par la gradation normale, à la résultante des efforts dont nous avions passé en revue les successives productions. L'association a donné le nerf de la guerre, l'argent; l'accumulation des sacrifices individuels a engendré le capital, dont l'habile maniement s'est traduit par l'édification de l'hôpital, source d'instruction, d'assistance, et en même temps de bénéfices ; les malades vont servir d'objet d'enseignement dans leur intérêt même, grâce à une bonne organisation. Voyons ce qu'est l'ÉCOLE DES INFIRMIÈRES ET L'ORDRE DES INFIRMIÈRES DE LA SOCIÉTÉ ET DE L'HOPITAL RODOLFINIENS.

Déjà à la fin de 1881 et au début de 1882, la Société installait dans la ville intérieure les deux premiers cours touchant les soins qu'exigent les malades et les blessés, en prévision de l'insurrection de l'Herzégovine. L'affluence fut extrême, à telles enseignes qu'il fallut renvoyer un grand nombre de femmes et de jeunes filles, les exercices pratiques ne permettant pas d'en accepter plus de vingt par cours. Pressé par le temps, le professeur Billroth en appela le soir, pendant un mois, à sa clinique : telle fut l'origine de quatre des premières infirmières attachées au baraquement. En ce moment, tout est réglementé. L'Ecole des Infirmières de la Société Rodolfinienne forme des infirmières de profession. On y entre comme *élève* en présentant les garanties morales ordinaires, en justifiant de plus de 20 ans et de moins de 40 ans d'âge, en apportant la permission du mari ou du tuteur, en témoignant de connaissances scolaires suffisantes; la recommandation d'un membre du comité ne nuit pas; il faut avoir un certificat de bonne santé. Toutes les demandes d'admission doivent être faites par écrit à la surveillante en chef; la postulante mentionnera son origine et la nature de ses occupations antérieures, l'étendue de son instruction, et viendra remettre personnellement sa pétition à la surveillante, celle-ci étant libre, d'ailleurs, de l'admettre provisoirement pour un mois, mais à la condition qu'il y ait de la place et que le directeur en soit informé. Au bout d'un mois, l'élève écrit une seconde requête au comité; dans cette requête, elle spécifie nettement son désir d'embrasser la profession d'infirmière à l'hôpital Rodolphinien, et s'engage à subir une première année d'étude, suivie d'une seconde année de service, et à se plier aux obligations qu'on lui a préalablement communiquées sous forme de brochure. La surveillante en chef accompagne la requête d'un rapport oral : le comité décide. L'élève suit les leçons et les exercices pratiques en même temps qu'elle exécute son service durant un an; le premier mois, dit d'essai, elle ne reçoit que la nourriture et le logement; son admission définitive prononcée, elle reçoit en outre 6 florins par mois (15 francs) et le costume uniforme, mais pas de linge de corps. A la fin de l'année, elle subit, en présence du directeur, de la surveillante en chef et de quelques membres du comité, l'examen des médecins en chef. Si elle réussit, la voilà *infirmière*; son traitement en argent monte à 12 florins; elle porte alors le signe distinctif de la Société en broche, mais on ne lui délivrera son diplôme qu'après une autre année de service. Après la première année d'étude et deux ans de service en qualité d'infirmière, la seconde année comportant 15 florins de traitement, on lui décerne devant le comité un autre diplôme : celui de *sœur de la Croix Rouge* (SECTION DES RODOLFINIENNES). Cette distinction, qui en réalité est le fruit de trois années d'assiduité, se traduit par le port du brassard blanc, sur lequel fleurit le symbole de la Société Rodolfinienne. Trois ans de travail et de persévérance sont, par suite, nécessaires pour obtenir tous les titres, mais deux années suffisent pour mériter par ses connaissances spéciales et ses services le diplôme d'infirmière rodolfinienne. La Société laisse pleine liberté à l'infirmière ou à la sœur; elle peut quitter l'hôpital pour tirer profit de ses talents en ville, mais la délivrance des diplômes d'infirmière ou de sœur ne s'effectue que contre la signature de l'impétrante. Une contre-lettre l'engage à se tenir, en temps de guerre, à la disposition de la Société et à lui obéir comme devant. Reste-t-elle comme sœur de la Croix Rouge dans le sein de la Société, elle touche 20 florins par mois et a droit à une pension en cas de maladie ou d'infirmité amenée par la vieillesse. Dans ces conditions, elle sert soit à la maison, soit chez des particuliers de Vienne ou des environs, soit en d'autres hôpitaux au compte de la Société. En cas de guerre de l'Autriche-Hongrie, le directeur met à la disposition de l'auto-

© BIU Santé

rité militaire son hôpital, et ses infirmières, ici ou dans les divers lazarets; en même temps, il institue spontanément des cours supplémentaires avec exercices pratiques, auxquels libre accès du public féminin ou masculin est permis. L'agencement général de l'ensemble de ces services, les contrats à intervenir entre les particuliers, les hôpitaux, l'autorité militaire, les arrangements financiers regardent le directeur; les ordres sont transmis aux élèves, aux infirmières, aux sœurs par la surveillante en chef, à laquelle elles doivent strictement obéir. Tout particulier doit s'adresser directement à la surveillante en chef, afin de parer au plus pressé; le temps d'une infirmière coûte 3 florins par vingt-quatre heures. On paie au caissier sur quittance. Un florin et demi entre à la caisse sociale, le reste sert à constituer une caisse de retraites (fonds de pensions). Le bien-être matériel de l'infirmière est réglé entre la Société et le particulier; celui-ci est tenu de se comporter vis-à-vis de son infirmière conformément à un texte que connaît également celle-ci. Toute gratification doit être remise par le client à la caisse pour la caisse des retraites; les réclamations doivent également être faites à la surveillante en chef. Un livret accompagne l'infirmière en ville; le client et le médecin traitant y inscrivent leurs observations. Toute diplômée travaillant à son compte n'a plus rien à voir avec la Société; mais si la surveillante en chef est interrogée à son sujet, il est de son devoir de donner des renseignements officieux conformes à la vérité.

Au surplus, l'avenir des Rodolfiniennes qui ont bien mérité de la Société et de son hôpital est assuré par l'annexe d'un *asile*. Pour satisfaire aux demandes du dehors, de même que pour grouper sous un même drapeau, infirmières souffrantes, infirmières âgées, infirmières en butte aux privations et aux malechances de la vie, la Société abrite dans quelques chambres de l'hôpital même, celles de ses élues qui lui ont rendu ou lui rendent encore des services. On en peut aujourd'hui admettre douze qui, n'ayant rien à faire à l'hôpital proprement dit, sont à la disposition de la maison. Le comité y fait entrer, après proposition simultanée du directeur et de la surveillante, celles dont l'habileté, la conduite et l'aptitude particulière se plient le mieux aux soins à donner en ville; ainsi que les Rodolfiniennes comptant dix ans de service à partir de l'entrée à la maison (les services de guerre comptent double). Ces dernières, si elles sont définitivement impotentes, toucheront une retraite proportionnelle et au temps de leur emploi et à l'état de la *caisse des pensions*. Mais dans ce cas, elles n'auront plus à demeurer à l'asile : la décision du directeur est du reste, en semblable occurrence, obligatoire. Vingt années de service assurent 200 florins de pension; trente ans, 300 florins, mais l'incapacité préalable est de rigueur. Les mêmes conditions de pension s'appliquent aux Rodolfiniennes qui servent encore au moment où se manifeste leur incapacité. Tout refus de service, tout délit grave supprime le droit à la pension. Toute Rodolfinienne qui, après avoir quitté l'asile ou l'hôpital pour raison de famille ou pour se marier, demande plus tard à y rentrer, le peut avec l'agrément du directeur, mais le temps vécu au dehors de l'asile ou de la maison ne vaut plus pour la pension. Les Rodolfiniennes de l'asile sont principalement employées en ville ou dans les hôpitaux. Celles qui, appartenant à l'asile, n'ont pas d'occupations extérieures, sont employées par la surveillante en chef à la consultation externe, aux opérations, aux rangements, aux divers ouvrages de la maison, à soigner les pauvres du dehors. Nous avons mentionné que le fonds de pension était alimenté par les soins que prodigue la Société au dehors (la moitié des sommes qu'on lui paie pour cela étant acquise à ce chapitre), par les donations, gratifications, versements spécialement destinés à cet usage. Cette caisse permettra de faire prospérer l'asile, de dispenser les retraites dûment acquises et de suffire aux besoins des infirmières ou des Rodolfiniennes malades, au cours de leur activité. En effet, toute élève ou infirmière momentanément atteinte par la maladie est soignée dans une chambre de pensionnaire de 3e classe; la sœur rodolfinienne, elle, est hospitalisée, en pareil cas, dans une chambre de pensionnaire de 2e classe : la distinction entre l'élève, l'infirmière et la sœur Rodolfinienne, ou Rodolfinienne tout court, a donc dans toute la carrière une valeur de premier ordre.

Dans ma prochaine lettre je vous parlerai de l'Instruction professionnelle.

P. KÉRAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

Despre maduva osselor ca organ de formatiune a globulilor rosŭ ai sangelui (De la moelle des os comme organe de formation des globules rouges du sang); par le Dr VASILIU (Thèse de Bucharest, 1883).

Après une description détaillée et complète de la structure et de la physiologie de la moelle osseuse, l'auteur entre dans l'étude du rôle hématopoïétique de ce tissu. Il fait d'abord l'histoire critique des recherches de Neumann (1869), Bizzozero, Kindfleisch, Hayem, Malassez et enfin de la revue de Labadie-Lagrave et Ricklin (*Revue de Hayem*, 1882), ensuite, il expose ses propres recherches. En se servant d'une méthode indiquée par Malassez (fixation des éléments médullaires par les vapeurs d'acide osmique, coloration soit au picro-carmin, soit à l'éosine-hématoxyline de J. Renaut, soit, enfin à l'hématoxyline et acide picrique), V..., a examiné la moelle des os longs, de deux fœtus humains morts nés et des mammifères nouveau-nés (chats, lapins, rats et cobayes de quelques jours à un mois). Dans toutes ces moelles il a trouvé constamment des éléments cellulaires à protoplasma chargé d'hémoglobine (cellules de Neumann, cellules globuligènes, hématoblastes de Rindfleisch). Ce sont ces cellules qui donnent naissance aux nouveaux globules sanguins. Par quel processus ces éléments (cellules globuligènes) à noyaux donnent naissance à des globules qui en sont dépourvus? Après avoir rejeté tour à tour la théorie de la fragmentation et destruction du noyau (Bizzozero et Neumann), celle de la sortie du noyau (Rindfleisch), V..., admet celle du bourgeonnement du protoplasma (Malassez); comme on peut le voir sur une des planches annexées à ce travail, les cellules globuligènes de Neumann, présentent des bourgeons protoplasmiques périphériques. Ces bourgeons, après avoir passé par plusieurs phases (allongement, pédiculisation), se séparent de la cellule mère et tombent dans le torrent sanguin, sous forme d'éléments d'abord piriformes, puis sphériques, uniquement protoplasmiques, sans noyaux et présentant la coloration et l'élasticité des globules rouges ordinaires. C'est donc par une prolifération du protoplasma des cellules de Neumann, que se forment ces nouveaux globules rouges.

Pas plus que ses devanciers, V..., ne peut dire quel est le processus intime de la séparation des bourgeons de la cellule mère. Quant à la transformation de ces globules sphériques en discoïdes, il l'attribue avec Malassez, à un processus du même ordre que celui, par lequel des globules sanguins ordinaires, exposés dans un milieu humide, se transforment en éléments sphériques. Quelle est l'origine des cellules globuligènes de Neumann? Sont-elles dues à une transformation des globules blancs (Neumann, Recklinghausen), par suite d'une dégénérescence hémoglobique de ces derniers (Pouchet, 1879)? Ou dérivent-elles des cellules médullaires (des cellules à noyaux bourgeonnants d'après Foa et Salvioli? V..., admet cette dernière origine, il a observé et figuré dans ses planches, des cellules médullaires à différentes périodes de leur évolution vers les cellules globuligènes, ces dernières absorberaient directement du sang, l'hémoglobine dont leur protoplasma est chargé. Chez les animaux à globules rouges à noyaux (pigeon, poulet, canneton, grenouille), la moelle osseuse ne renferme pas d'éléments de Neumann; chez eux, la formation des globules rouges est manifestement due à la transformation des globules blancs.

V... conclut avec Bizzozero (1883) : que dans la première période de la vie embryonnaire, les globules rouges à noyaux circulent et se multiplient dans le torrent sanguin; mais bientôt ils disparaissent de la masse sanguine, et on n'en trouve plus que dans deux organes hématopoïétiques : foie et rate. Enfin à une époque plus avancée de la vie fœtale, jusqu'à la naissance et même peu après, la moelle osseuse commence à se développer et elle devient le siège exclusif de ces globules à noyaux, des cellules de Neumann, et par là même, elle reste le seul organe de l'hématopoïese, mais bientôt elle perdra ce rôle, par suite de la dégénérescence graisseuse de ses éléments

© BIU Santé

cellulaires; ainsi que, chez l'adulte, une inflammation osseuse (ramenant la moelle à l'état lymphoïde) ou une tumeur à myéloplaxes (par transformation du protoplasma de ses éléments cellulaires en cellules de Neumann), seules pourront réveiller dans ce tissu un rôle depuis longtemps éteint au profit d'autres organes hématopoïetiques : foie, rate. Cinq planches accompagnent ce travail. J. JONNES.

Manuel de Toxicologie; par DRAGGENDORFF (Deuxième édition française, par le Dr L. GAUTIER). 1 volume, 712 pages, chez Pavy, 77, boulevard Saint-Germain.

La nouvelle édition du Traité de Toxicologie de Draggendorff, que nous présentons aux lecteurs, mérite la plus sérieuse attention. C'est, ainsi que le dit M. le Dr Gautier, dans sa préface, tout à la fois un livre d'études et un vade-mecum de laboratoire. Ce livre se recommande surtout par la clarté et la méthode rigoureuse qui a présidé à l'exposition, autant que par le choix heureux des réactions et des caractères spécifiques des substances toxiques.

Dans l'introduction, l'auteur, pour les règles générales, pour la recherche des poisons, fait connaître les formalités légales que l'expert doit remplir ; leur indique le choix des méthodes à employer suivant les circonstances. L'ouvrage est divisé en cinq chapitres :

Le premier traite des poisons qui peuvent être séparés par distillation des matières suspectes. Ces poisons ont tous des corps gazeux ou volatiles, et qui se trouvent soit à l'état de dissolution, de mélange ou de combinaison. Citons par exemple : l'*ammoniaque*, les *alcalis*, le *chloroforme*, l'*acide cyanhydrique*, le *phosphore*, etc.

Dans le chapitre second, l'auteur étudie les *alcaloïdes* et poisons organiques qui peuvent être isolés par agitation avec un dissolvant : ce sont les *alcaloïdes* des *strychnées*, des *quinquinas*, de l'*opium*, etc., etc.; diverses substances, telles que : *digitaline*, *santonine*, *cantharidine*.

L'étude des poisons *métalliques* fait l'objet du chapitre III. La recherche devient plus compliquée : on ne peut isoler et caractériser ces substances qu'après avoir préalablement détruit la matière organique. Les procédés sont nombreux : l'auteur les indique en faisant ressortir leurs avantages et leurs inconvénients. Il fait connaître ensuite les réactions caractéristiques de chaque poison : *arsenic*, *antimoine*, *mercure*, *plomb*, *cuivre*.

Dans le chapitre quatrième, se trouvent les poisons appartenant à la classe des *métaux alcalins* et *alcalino-terreux* ; et les *acides* sont étudiés dans le dernier chapitre. Ils sont divisés en acides minéraux (*sulfurique*, *azotique*, *chlorhydrique*) et organiques (*oxalique*, *picrique*, etc.).

Tel est le plan de cette seconde édition, qui fait honneur tout à la fois à l'auteur et au traducteur. P. YVON.

Lectures on the Diseases of the Nose and Throat, par SAJOUS. Philadelphie 1885.

Dans ce traité comprenant plus de 400 pages, l'auteur étudie tour à tour l'éclairage, l'anatomie et la physiologie des cavités nasales, la rhinoscopie, la thérapeutique, les différentes rhénites: aiguë, simple, hypertrophique, atrophique, syphilitique et scrofuleuse, les tumeurs : myxome, fibrome, papillome, kystes, enchondrome, ostéome, exostose, sarcome et carcinome, les déviations de la cloison et ses abcès, enfin les névroses, l'épistaxis, et les corps étrangers ; puis il passe en revue les différentes affections du pharynx nasal : pharyngite nasale aiguë et chronique et les polypes. Après avoir décrit l'anatomie et la physiologie du pharynx, et avoir indiqué les instruments employés par l'examen et le traitement les affections de ces parties, il aborde l'étude des pharyngites: aiguë, chronique, folliculeuse, membraneuse, atrophique, tuberculeuse et syphilitique, les abcès retro-pharyngiens, les tumeurs, les paralysies et les corps étrangers. Dans une dernière partie, il passe en revue l'anatomie du larynx, la laryngoscopie, les laryngites aiguë, chronique, œdémateuse, tuberculeuse et syphilitique, les névroses et les tumeurs ; il termine par un chapitre consacré à la laryngotomie, à la thyrotomie et à la trachéotomie.

VARIA

Distribution des prix de l'Ecole municipale des infirmiers et infirmières de Bicêtre.

Cette cérémonie a eu lieu le mardi 17 août, dans la salle de la bibliothèque des malades. Elle était présidée par M. Imard, inspecteur de l'Administration de l'Assistance publique, assisté de MM. le Dr Bourneville, directeur des Ecoles ; le Dr A. Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance ; Mourlan, chef de division. Nous avons remarqué dans l'assistance MM. les Drs Delasiauve, Gombault, Deny Bricon, Reulos, maire de Villejuif; M. Vialla, maire de Gentilly ; M. le commandant du fort de Bicêtre ; M. le commandant du pénitencier de Bicêtre ; M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière ; M. Valdruche, directeur des Enfants-Assistés ; M. Labouyerie, directeur de l'hospice d'Ivry ; M. Ventujol, directeur de Bicêtre ; MM. les internes en médecine et en pharmacie ; M. Adancourt, économe, et MM. les employés de l'hospice de Bicêtre. M. Imard, après avoir déclaré la séance ouverte, a prononcé le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

M. le Directeur de l'administration empêché par une affaire indépendante de sa volonté, ne peut venir au milieu de vous, il m'a chargé de vous en exprimer tous ses regrets et a bien voulu me désigner pour le remplacer dans la présidence de cette cérémonie.

Dans quelques instants, M. le Dr Bourneville, avec une parole plus autorisée que la mienne va vous rendre compte de vos travaux, mais avant, promettez-moi de commencer par lui, en le remerciant d'une façon toute particulière pour la sollicitude dont il ne cesse de vous entourer et la direction si intelligente qu'il a su donner à vos études ; permettez-moi aussi de remercier Messieurs vos professeurs qui le secondent si habilement et qui, comme lui, n'ont d'autre satisfaction que celle de voir leurs efforts couronnés de succès, c'est-à-dire de vous voir profiter de leurs leçons.

Ici, je dois le reconnaître et le proclamer, l'année a été exceptionnellement bonne, 156 infirmiers et infirmières ont suivi les cours pratiques, 22 ont obtenu le diplôme, 125 infirmiers ont fréquenté l'école du soir, 5 anciennes infirmières de Bicêtre passées à l'hospice des Enfants-Assistés sont revenues assidûment à la classe, continuant ainsi les bons errements, quinze infirmières de l'hospice des Incurables ont assisté régulièrement à tous les cours professionnels, donnant un exemple salutaire à tous les autres établissements.

Ce qui me faisait dire que l'année avait été exceptionnellement bonne, c'est le rapport de M. le Directeur de Bicêtre dans lequel il s'exprime ainsi : « Jamais, depuis huit ans, l'assiduité dans la fréquentation des cours et la persévérance dans le travail ne s'étaient soutenues d'une façon aussi remarquable. »

Voilà une déclaration qui, de la part de votre directeur, a une grande valeur. Je vous remercie, Mesdames et Messieurs, de l'avoir motivée et je suis certain que M. le Dr Bourneville, ainsi que Messieurs vos professeurs y trouveront une satisfaction bien douce, la seule que vous puissiez leur donner.

De nouveau, je vous remercie au nom de l'administration ; car elle aussi éprouve une satisfaction bien grande en voyant les sacrifices qu'elle fait couronnés de succès. Savez-vous ce que gagnait un infirmier il y a 40 ans ? eh bien, 12 fr. 50 par mois. Et une infirmière ? 10 fr. par mois. Il y a loin de cette modique somme à celle que vous touchez maintenant. Quand je compare ce que j'ai vu avec ce que je vois aujourd'hui, combien je trouve améliorée votre situation. Alors, il n'y avait pas de grades parmi vous, vous étiez toutes au même titre, de simples infirmières sans espoir d'avancement, car, hormis Bicêtre, la Salpêtrière et quelques établissements secondaires, il n'y avait pas de places de surveillants ni de surveillantes, et encore ces emplois étaient-ils rétribués d'une façon fort médiocre, 25 fr. par mois au plus.

Aussi, le personnel laissait-il fortement à désirer. Dans les établissements précités, dans lesquels il y avait des chances d'avancement, se trouvaient des personnes très convenables. Mais, dans les autres ! hélas quelle population ! les malades étaient exploités de la façon la plus indigne et la plus honteuse.

Aujourd'hui, grâce aux libéralités du Conseil municipal, qui permettent à l'administration d'améliorer votre situation pécuniaire, grâce à des constructions modernes mieux comprises qui permettent déjà dans un certain nombre d'établissements

© BIU Santé

d'améliorer votre installation matérielle, grâce enfin aux écoles professionnelles qui permettent de vous donner une instruction complète pour remplir dignement les fonctions qui vous sont confiées, les inconvénients que je vous signalais tout à l'heure ont disparu. Mais, ce n'est pas tout, l'administration en faisant de vous un nouveau personnel dont elle sera fière un jour, a voulu vous assurer un avenir certain, elle a mis à votre disposition les emplois tenus jusqu'à ce jour par des religieuses, c'est-à-dire des emplois de surveillantes.

Du reste, elle a compris que, pour être juste ainsi que pour suivre la voie du progrès, il lui fallait un personnel de choix, commandé par un personnel de choix. On ne soigne plus les malades comme il y a cent ans. Bientôt viendra le moment où il ne sera plus permis à une simple infirmière d'ignorer la plus petite règle d'hygiène et les choses que l'on vous enseigne aujourd'hui, qui semblent difficiles à la plupart d'entre vous, seront connues de toutes.

Il y a 20 ans au moins, le Dr Lorain, médecin des hôpitaux, enlevé prématurément à ses nombreux amis, me disait en parlant des améliorations à faire dans les hôpitaux : « ... et puis il faut faire une école ... » Si je rappelle ce fait, c'est pour vous faire voir que déjà, comme l'on dit vulgairement « l'idée était dans l'air », on trouvait le personnel des infirmiers et infirmière au-dessous de sa tâche. L'idée a fait son chemin et c'est M. le Dr Bourneville qui, étant membre du Conseil municipal, a eu l'honneur d'attacher son nom à cette création.

Je vous ai dit en quelques mots ce que l'administration a fait pour vous, permettez-moi de vous dire ce que vous devez faire pour elle.

D'abord, bien vous conduire, parce que l'administration ne saurait à aucun titre vous conserver si, par malheur, vous veniez à contrevenir à cette règle ; ensuite, bien soigner les malades, parce que c'est en vue d'eux seuls qu'elle est établie et que vous-mêmes vous existez ; pour cela, il vous faut obéir aux médecins qui, les premiers, vous donnent l'exemple, veiller avec soin à l'exécution de leurs ordonnances, être douces dans l'exercice de vos fonctions, d'un caractère égal, sans cependant que cette douceur et cette égalité de caractère dégénèrent pour les autres parties du service en faiblesse et en indifférence ; la douceur, l'égalité de caractère s'allient fort bien avec la fermeté, je dis la fermeté et non la dureté. Une infirmière qui malheureusement aurait de la dureté, même dans sa manière de parler, serait une déplorable infirmière et je lui donnerais le conseil de se retirer.

J'adresserai les mêmes recommandations à Messieurs les infirmiers et je dirai à tous et à toutes : mettez un peu de votre cœur dans l'accomplissement de vos devoirs et ne perdez pas de vue, que, si vous vous trouviez à la place de celui que vous soignez, vous seriez bien aises d'entendre une voix douce, une parole amicale qui tiennent lieu de la famille absente.

C'est en vous pénétrant de ces idées que vous accomplirez convenablement votre mission et que vous vous rendrez dignes de la bienveillance de l'administration.

Dans le prochain numéro nous donnerons le discours de M. Bourneville.

Le conflit de Greifswald.

Les journaux politiques nous annoncent que les étudiants en médecine de Greifswald ont fait grève. La cause en est dans le fait que le professeur Helferich a rayé de la liste des pratiquants avec la mention « incapable de pratiquer » (1), un élève qui avait payé les honoraires de pratiquant à la clinique. Le doyen de la Faculté, professeur Schultz, est arrivé à provoquer une sorte d'entente entre professeur et élèves. Les deux partis en effet doivent s'adresser au ministère pour savoir si le directeur d'une clinique a le droit de pratiquer à un élève ignorant. La question a son importance, puisque chaque étudiant en médecine qui veut passer l'examen d'état doit présenter toute une série de certificats de pratiquant à diverses cliniques, un étudiant peut donc par un refus de ce genre, voir reculer le terme de ses études d'un ou deux semestres. Parmi les professeurs de Berlin, von Bergmann agit de même : on assure que, dans le cours du semestre d'hiver qui vient de s'écouler, il a refusé à environ une vingtaine de ses pratiquants, le certificat pour la clinique chirurgicale.

(1) Les pratiquants sont appelés à tour de rôle au lit du malade pour l'examiner, pour le diagnostic et prescrire le traitement. Note du traducteur.

Nous ne savons encore ce qu'il y a de vrai dans l'affaire. Mais il y a là une question depuis longtemps pendante, car le terme « pratiquer » demande à être précisé davantage.

Le nouveau mode d'examen n'exigeant plus que 2 semestres de pratiquant, a eu pour résultat de raccourcir passablement la durée des études médicales. Au lieu de suivre après les cours théoriques de chirurgie, la clinique pendant un semestre comme auscultant (1), pour ne pratiquer qu'ensuite pendant 2 semestres, les étudiants ne suivant plus du tout les cours théoriques, ne se présentent que rarement comme auscultants et veulent pratiquer de suite. Les études étant libres, la loi est impuissante ; il est vrai que les statuts des facultés prescrivent qu'un professeur ne peut admettre à la pratique clinique que ceux qui justifient d'études préalables suffisantes. On comprend combien ce désidératum a d'importance avec la manière de suivre actuellement les études médicales et on comprend fort bien l'acte de vigueur de von Bergmann. Si tous les étudiants de Greifswald se sont mis du côté des pratiquants en grève, c'est sans doute qu'ils en veulent au § 76 du statut de la faculté ; qui est ainsi conçu : « Les professeurs n'ont pas le droit, d'admettre comme pratiquants dans les diverses cliniques les étudiants qui n'ont pas suivi les cours théoriques sur la pharmacologie et ne sont pas suffisamment préparés à la pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ». (*Wiener Med. Wochenschrift*, n° 25, p. 440.)

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu,

Avant de continuer la publication de nos documents, nous prendrons la permission de revenir un peu en arrière et de donner certaines explications nécessaires pour bien suivre le mouvement de cette interminable lutte entre prêtres et laïques, lutte qui dure encore aujourd'hui! Nous savons que l'arrêt de 1505 avait eu pour cause la corruption extrême des chapelains et des religieuses, et pour la première fois peut-être, un roi de France ose attaquer aussi directement le tout-puissant Chapitre de l'église de Paris.

Le Parlement de son côté, représenté dans l'administration par son premier président tient la main ferme pour l'exécution des règlements. Mais, à mesure qu'il triomphe d'un côté, il est débordé d'un autre. Ses arrêts, exécutés pendant quelques jours, sont peu à peu oubliés par le monde spirituel de l'Hôtel-Dieu. C'est un jeu de cache-cache extraordinaire où il finit presque toujours par se lasser. Tandis qu'il se repose, les administrateurs sont de nouveau débordés. Il faut sans cesse recommencer. Les premiers efforts de la Compagnie furent donc couronnés de peu de succès.

De 1533 à 1534 une série de requêtes fut présentée au Parlement par les gouverneurs de l'Hôtel-Dieu. Le chapitre soutenait le maître au spirituel de l'Hôtel-Dieu. Des malversations de toute nature étaient signalées dans l'administration de ce maître. Les religieux et religieuses spéculaient notamment sur le pain destiné aux malades. De là un curieux procès qui dure de longues années. Nous avons vu l'arrêt du Parlement pour la réforme de l'Hôtel-Dieu (10 septembre 1535). Cet arrêt n'était que le corollaire d'un précédent arrêt rendu le 6 avril 1535 (2) et qui ordonnait la « *closture et séparation* » des religieuses et religieux de l'Hostel-Dieu. Jusque-là *prêtres et religieuses vivaient en commun*, et, chose bizarre, ce sont des laïques qui font cesser cet état de choses !

De là, naturellement, émeute et rébellion en règle dans la maison. Les religieux ne furent que faiblement satisfaits d'un semblable procédé. Nous trouvons dans les *Registres des Comptes de l'Hôtel-Dieu* la mention de plusieurs religieux *exilés* à Orléans et à Meaux pour cause d'insubordination. Ce furent ces désordres qui amenèrent l'arrêt du 10 septembre. C'est à cette date que commence la véritable réforme de la maison.

Le 12 mars 1536, on trouve un autre arrêt du Parlement rendu au sujet de l'insubordination des religieuses de l'Hôtel-Dieu. La cour commet l'abbé de St-Victor et prieur de St-Lazare

(1) L'auscultant n'est pas appelé au lit du malade (Note du trad).

(2) Arrêt du 6 avril 1535, par lequel entre autres choses il est ordonné que ledict chapitre baillera vicariat à un religieux de l'ordre de Saint-Victor, au nombre de ceux qui seront introduits pour la réformation dudict hostel Dieu qui aura la correction et sus intendance regulière sur les religieux et religieuses, sans préjudice des droits et juridiction ordinaires dudict chapitre quant à la congnoissance et punition des delictz communs.

© BIU Santé

pour exercer « *ladicte surintendance régulière et ordonne* — comme dans l'arrêt du 6 avril 1535 — *que le Chapitre leur baillera vicariat.*

16 *mai* 1536. — Arrêt du Parlement où il est défendu au Doyen et aux chanoines de Notre-Dame de chercher à empêcher la réforme de l'Hôtel-Dieu, sous peine d'une amende de 100 marcs d'or.

31 *mai* 1536. — Arrest par lequel sur la remonstrance fete par le procureur general sur les articles fetz par les vicaires refformateurs, deputez par le Chapitre pour la refformation dudict Hostel Dieu et corrigez par ledict Chapitre en aucuns pointz; apres que sur ladicte correction et statutz ledict procureur general, les vicaires refformateurs, le conseiller commis et Nicolas Hennequin gouverneur dudict Hostel Dieu ont este ouiz, la Cour prononce sur plusieurs chefs.

Un des chefs principaux est *qu'un seul* des chanoines de Notre-Dame assistera à la reddition des comptes de l'Hôtel-Dieu *et non tous les chanoines* comme le voulait le Chapitre. Cet arrêt déclare aussi que les religieux de l'Hôtel-Dieu une fois nommés à une fonction temporelle par les administrateurs laïques n'auront plus besoin, pour les exercer de l'autorisation du Chapitre.

30 *septembre* 1536. — Arrêt du Parlement de Paris touchant la nomination par l'abbé et les religieux de St Victor d'un maitre au spirituel de l'Hôtel-Dieu auquel les chanoines de Notre-Dame délégueront leur autorité en tout ce qui concerne « l'observance régulière » ; il est ordonné par le même arrêt que, s'il en est besoin, les gouverneurs laïques de l'Hôtel-Dieu, auxquels se joindront quelques personnes députées par la Cour et l'un des chanoines de Notre-Dame, prendront des mesures pour assurer la bonne administration du temporel de l'Hôtel-Dieu ; l'un des gouverneurs se transportera deux fois par semaine à la cuisine pour s'assurer de la qualité des aliments des malades ; les gouverneurs veilleront à ce que les malades soient bien soignés par les religieuses, et, *s'ils trouvent lesdites religieuses en défaut, ils les feront punir par le maitre au spirituel ;* un médecin et un apothicaire *nommés par les gouverneurs* visiteront, à des jours désignés, les malades de l'Hôtel-Dieu et veilleront à ce que les médicaments soient de bonne qualité.

5 *octobre* 1536. — Arrêt du Parlement de Paris portant que les monastères et couvents désignés pour être le séjour des religieux et religieuses éloignés de l'Hôtel-Dieu par mesure disciplinaire, seront tenus de les recevoir *sous peine de saisie de leur temporel.*

7 *octobre* 1536. — Arrêt concernant la translation de quelques religieuses qui n'ont voulu obéir à l'arrest du 31 may.

12 *juillet* 1537. — Commandant à trois religieux de l'Hôtel-Dieu de se conformer aux statuts.

11 *février* 1538. — Arrest du Parlement de Paris portant que Jeanne Cachelu, religieuse renvoyée de l'Hôtel-Dieu sera réintégrée, s'il y a lieu, dans cet hôpital, après qu'une enquête aura été faite sur sa conduite.

16 *décembre* 1538. — Arrest par lequel après que Jacques Berne et Jean Berton chanoines en l'église de Paris, l'abbé St-Victor et prieur St-Lazare, Robert-le-Lyon et Thomas Hennequin, gouverneurs de l'ostel dieu, ont este ouiz est fet plusieurs reiglements sur le faict de ladicte refformation.

17 *décembre* 1538. — Arrêt du Parlement de Paris rendu au sujet des désordres causés par les religieux renvoyés de l'Hôtel-Dieu qui y étaient rentrés sans autorisation : la Cour interdit en même temps : « *les colloques familiers qui se souloint cy devant faire entre les religieux et religieuses* », ordonne qu'il sera fait une enquête touchant « *les scandales, acclamations et autres actes de périlleuse conséquence que l'on dit avoir esté faictz audit Hostel Dieu.* » etc.

1er *may* 1539. — Requeste presentée par le procureur general du Roy, à ce que le soubz prieur de l'Hostel Dieu fust commis pour avoir la correction susintendances sur les religieux et les religieuses et que les visiteurs esliront des confesseurs suivant l'arrest du 31 may 1536.

Au bas est l'ordonnance de la cour conforme aux conclusions.

6 *may* 1539. — Requeste au bas de laquelle est ordonné que mandement sera fait aux doiens chanoines et Chapitre d'obéir à ladite ordonnance.

15 *août* 1539. — Bulles du Pape. Paul III assujetissant les religieux de l'Hôtel-Dieu à la règle de l'abbaye de St-Victor.

24 *avril* 1540. — Requeste presentée par le Procureur general du Roy concernant le vicaire spirituel dudict Hostel Dieu. Et les articles faitz par les deputez du Chapitre les prieur Saint Lazare et Saint Victor et les commissaires et gouverneurs temporelz de l'ostel dieu lesquels il advoit este ordonne par ladicte Cour estre communiquer audict Chapitre pour advouer ou desadvouer lesdicts articles, et requis par le procureur general que commandement feust fet audict Chapitre de respondre sur lesditz articles ce qui est ordonne.

13 *mars* 1540. — Requeste presentee par ledit procureur general a ce que ledict Chapitre feust descheu a plus mettre au greffe les arrests concernant le fet de l'hostel dieu qu'ilz disoient navoir este executtez et cotter les articles pour la reformation dudict hostel Dieu qe'ilz entendoient debattre au bas de laquelle est ordonne qu'injunction leur sera fet de sattisfaire, a la signification ilz respondent quelz ont fet lesdicts articles et qu'ilz porteront le tout a la cour apres la feste.

5 *may* 1540. — Arrest par lequel est ordonne que le Chapitre mettra pardevers la Cour dans trois jours les debatz aux articles accordez par les deputez dudict Chapitre, les gouverneurs de l'ostel dieu et ceux de la congregation de St-Victor qui seront communiquez au Procureur général.

8 *aoust* 1540 — Arrest portant emologation des articles et statuz dudict hostel Dieu.

Le résultat produit par cette série de requêtes et d'arrêts fut à peu près nul. En 1548, un nouvel arrêt du Parlement (17 avril) enjoint au Chapitre de Notre-Dame, *sous peine de saisie* de ce qui lui reste de son temporel de réprimer le désordre qui existe dans le couvent des religieuses. Nous ignorons ce que fit le chapitre, toujours est-il que, onze ans plus tard, nous trouvons la délibération suivante :

25 *octobre* 1559. — Cejourdhuy, Messieurs Croquet, Lemaçon et Marcel ont este deleguez par la Compagnie, pour remontrer a messieurs du Chapitre de Paris, gouverneurs du spirituel dudit Hostel Dieu, les grandes plainctes et clameurs que font les habitans de ceste ville, qui dient avoir veu le mauvais traictement que font les relligieuses, Prieure et Soubz-Prieure dudit Hostel Dieu, aux pauvres malades y affluans, tellement que a raison de ce, plusieurs mallades ne veulent aller audit Hostel Dieu, qui est ung grand scandale, combien que lesdits Gouverneurs du temporel dudit Hostel Dieu baillent et distribuent auxdites Prieure, Soubz-Prieure et relligieuses toutes choses nécessaires auxdits pauvres malades, à ces causes, les dessus ditz deleguez ont prié et requis lesdits du Chappitre d'y vouloir adviser et pourveoir attendu qu'ilz en ont la superintendance et correction reguliere sur les relligieux et relligieuses dudit Hostel Dieu ; autrement et a faulte de ce faire, leur ont lesdits deleguez declaire qu'ilz en advertiront Messieurs les Gens du Roy et Messieurs de la Court du Parlement, pour y donner tel ordre qu'ilz adviseront estre à faire par raison, (1)

Le 3 avril 1560, Pierre Bernard, relligieux dudict Hostel Dieu est fait prisonnier pour les « *malversations et seditions qu'il a faictz audit Hostel Dieu.* » La délibération qui va suivre est d'un grand intérêt. Les administrateurs n'avaient encore enlevé au clergé que les gros détails d'administration; ils vont faire plus :

Le mercredy XVIIe jour de juillet, a este ordonne que toutes et chascunes les drogues contenues en ung memoire adressé par maistre Philippe Alan, medecin dudit Hostel Dieu, seront faictes et composees suivant ledict memoire, par *ung apoticaire expert,* afin que lesdites drogues soyent mieux composees, *meilleures et plus proffitables aux pauvres mallades qu'elles ne sont de present* et que icelles drogues composées seront baillees a la relligieuse qui a charge de l'Apoticairerie, laquelle distribuera lesdites drogues tant auxdits pauvres mallades que relligieux et relligieuses dudit Hostel Dieu, suivant les ordonnances du médecin qui seront inscriptes dedans un livre de papier, qui sera et demourera a ladite relligieuse, affin que l'on puisse veoir a quelles personnes lesdictes drogues auront este distribuees et aussi pour eviter aux abbuz que l'on dict y avoir este par cy devant, et *pour oster tout scandalle et meurmeure du peuple* qui murmueroyt d'avoir apoticairerie pour les relligieux et relligieuses apart et aultre apoticairerie pour les malades ; partant a este ordonne que doresnavant tant lesdits pauvres mallades que relligieux et relligieuses seront pensez medicamentez de mesmes medicamentz comme la raison le requiert. (2).

31 *décembre* 1561. — A este ordonne pour les grands inconveniens et abbuz qui se commettent audit Hostel Dieu, pour la chair et pitance des relligieuses, qui leur est delivree ceans, tant au moien de ce qu'ilz vendent ou donnent leur dite pitance, que aussi bien qu'elles ont ordinairement des personnes de la ville, auxquels elles baillent lesdites pitances, a raison de quoy pour leur refection et nourriture il faut qu'elles prennent les portions des mallades, ce qui n'est raisonable et licite de faire, que il sera fait defences aux despensier, bouchers et cnysiniers de délivrer aucune

(1) *Reg. des Délibns du Bureau de l'Hôtel Dieu de Paris.* — 3e Reg. Voir également *Brièle.* — Collection de Documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, tome I, p. 5).

(2) *Délibns* Reg. et *Brièle,* Docts, tome I, p. 5.)

© BIU Santé

chair creue aux relligieuses, ains leur bailleront et distribueront cuyte ainsy que par cy devant et d'ancienneté a esté faict c'est assavoir qu'elles envoyront querir leurs dites pitances, soit pour celles qui seront mallades ou celles qui seront en sante en la cuysine dudit Hostel Dieu *parce que lesdites relligieuses qui sont servantes des malades doibvent etre substantees nourries et alimentees de pareilles et semblables viandes que les dits pauvres mallades qu'elles servent* (1).

Exécutés pendant quelque temps ces ordres sont vite oubliés.

Nous continuerons dans un prochain numéro l'analyse de ces arrêts et requêtes.

VI[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie à Vienne, 1887.

Nous recevons la communication suivante :

Le VI[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie à la Haye 1884 a résolu de se réunir à Vienne pour le VII[e] Congrès en 1886. La Municipalité de Vienne a chaleureusement acclamé cette résolution. Pour bien des raisons cependant, on a été amené à remettre ce Congrès pour l'année suivante, 1887. C'est entre autres le manque de dispositions pour la continuité des bureaux des congrès précédents, qui nous a valu ce retard. Le comité d'organisation du VII[e] Congrès étant constitué, on vient de fixer pour l'ouverture du congrès prochain le mois de Septembre, pour tenir compte du Congrès de Médecine, qui doit avoir lieu l'année prochaine à Washington. Le secrétariat général estime que les premisses nécessaires de réussite, reposent dans un choix convenable des questions, comme dans une préparation suffisante des travaux du Congrès, et a l'honneur de vous prier, Monsieur, de vouloir bien l'aider dans les travaux préalables, dès à présent.

Vous êtes prié, Monsieur, de vouloir bien lui soumettre des questions qui vous sembleraient d'une importance assez générale, pour pouvoir être traité en Congrès international. Pour donner une direction aux travaux futurs, le secrétariat général croit devoir vous soumettre une ligne de conduite avant le choix des matières à traiter. 1. Le nombre des sections du congrès devra être restreint le plus que possible; tout en maintenant la section de Démographie, établie par un bureau permanent. 2. Le nombre des questions à traiter dans les sections d'Hygiène doit être plus restreint qu'aux Congrès précédents. 3. On doit s'entendre d'avance sur le mode de délibération. — Ad 1° Le secrétariat général ne connaissant pas encore l'étendue de matières à traiter, ne pourra limiter à ce moment le nombre effectif des sections d'Hygiène, tout en se proposant de leur remettre la majeure partie des travaux, et de ne réserver, aux séances générales que des conférences des représentants principaux des doctrines spéciales d'Hygiène et de Démographie. On se propose de restreindre le nombre des séances générales à deux, soit la séance d'ouverture et la séance de clôture du Congrès. Pour faciliter aux membres du Congrès à suivre les débats de plusieurs sections, on ne fera siéger simultanément que deux sections, ou bien une seule, si elle aurait à discuter une question palpante et d'intérêt général. — Ad 2° Comme probablement il serait impossible de traiter à fond un trop grand nombre de questions, le secrétariat général pense qu'il vaudra mieux de n'en mettre à l'ordre du jour qu'une vingtaine environ. De cette manière on évitera le trop grand nombre des matières traitées dans les congrès de Paris, de Genève et de la Haye, et on se conformera davantage à celui de Bruxelles. Ce n'est que dans le cas où toutes les questions portées à l'ordre du jour, auront été discutées et épuisées qu'il sera permis de traiter d'autres matières annoncées. — Ad 3° Le congrès, étant international, son intérêt principal est dans la discussion, et nous proposons le mode suivant pour traiter les questions survenues. On s'assurera pour chaque question du concours d'un rapporteur ou de deux. Leurs rapports devront être très détaillés et rédigés à l'instar de rapports présentés aux Séances générales du Congrès de Paris en 1878. Ces rapports seront envoyés au secrétariat général dans un délai qu'on fixera, afin de pouvoir être imprimés dans la langue dans laquelle ils auront été rédigés et de pouvoir être envoyés un mois avant l'ouverture du Congrès aux personnes qui auront exprimé le désir d'y assister. Chaque séance commencera par une courte relation du rapporteur. Cette relation ne devra pas durer plus d'un quart d'heure. Le rapporteur pourra poser des questions finales. Chaque membre du Congrès pourra prendre part à la discussion. Les Orateurs en Séances Générales, ne sont pas tenus d'envoyer des rapports par écrit au sujet de leurs Conférences, qui ne seront pas du reste suivies de discussions ; elles seront sténographiées et publiées. Le secrétariat général croit devoir vous rappeler qu'au V[e] Congrès international pour 3 questions des Comités spéciaux ont été constitués. On attend leur rapport pour le Congrès à venir. Ce sont les questions suivantes : 1. Sur les précautions (internationales et autres) à prendre pour prévenir la propagation des maladies contagieuses par les chiffres. 2. Sur l'influence du déboisement et du reboisement sur les conditions hygiéniques. 3 Mesures internationales contre la falsification des produits alimentaires. Le V[e] Congrès a en plus émis le vœu de mettre sur l'ordre du jour du VI[e] Congrès, la question des « Sanatoires maritimes ». Désirant de donner une impulsion énergique à l'organisation du Congrès, et de fixer bientôt le projet de ses travaux, le secrétariat général a l'honneur de vous prier, Monsieur, de vouloir bien envoyer au plus tôt possible, vos propositions au sujet du choix des questions et si faire se pourrait, dans le délai d'un mois, sous l'adresse de M. le Professeur de Gruber, Brunn, a. G. Perchtolsdorfer Strasse, 19, près de Vienne.

Le secrétariat général du VI[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie à Vienne, 1887. D[r] E. Ludwig, Professeur I. R. à l'Université de Vienne; D[r] F. Kratschmer, I. R. Médecin de l'Armée et Professeur agrégé à l'Université de Vienne ; F. Ch. de Gruber, Professeur I. R. à l'Ecole d'application pour le Génie à Vienne ; D[r] J. Soyka, Professeur I. R. pour l'Hygiène à l'Université allemande de Prague ; D[r] A. Weichselbaum, Professeur I. R. à l'Université de Vienne ; D[r] M. Gruber, Professeur I. R. pour l'Hygiène à l'Université de Graz.

Le centenaire de M. Chevreul.

La France et le monde scientifique sans exception de langues et de nationalités ont célébré le 31 août le centième anniversaire de la naissance de M. Chevreul; sa carrière n'a pas seulement été remarquable par sa longueur inusitée, elle a été des plus honorables et des plus glorieuses. On doit à M. Chevreul d'importantes découvertes, parmi lesquelles nous citerons l'*étude des corps gras* et l'*étude chimique des couleurs*. M. Chevreul a donné l'exemple d'une honnêteté scientifique, ayant horreur de tout charlatanisme, et celui du désintéressement, car jamais il n'a voulu mettre la notoriété qu'il avait laborieusement conquise au service d'une ambition financière.

Les fêtes du centenaire ont eu lieu au muséum et à l'Hôtel-de-Ville dont les nouvelles galeries étaient décorées avec le plus grand goût. La maquette de la statue de M. Chevreul exécutée par M. Guillaume était dressée au milieu de la grande salle. Les principaux discours prononcés au muséum sont ceux de MM. Frémy, directeur du muséum, Zeller, au nom de l'Académie des sciences, Jeanssen, membre correspondant de l'Institut, au nom des Académies étrangères, Jacques de Bouteiller, au nom du Conseil municipal de Paris, Chaumeton, au nom des étudiants de France, Gnespack, au nom de la manufacture nationale des Gobelins, Lenoël, au nom des stéariniers français et étrangers, Goblet, ministre de l'instruction publique, Vitu, au nom de la presse.

Au banquet donné le soir à l'Hotel-de-Ville, MM. Jeanssen, Goblet, Floquet, Fouquier, le général Boulanger, ont pris successivement la parole. M. Clovis Hughes a lu une pièce de vers en l'honneur de M. Chevreul.

Les jours précédents, diverses cérémonies en l'honneur de M. Chevreul avaient eu lieu à la Société nationale d'agriculture et à l'Académie des sciences. La séance de l'Académie de médecine a été levée en l'hommage du vénérable centenaire.

NÉCROLOGIE

Le D[r] Hamilton.

Une des grandes figures de la chirurgie américaine vient de disparaître ; le D[r] HAMILTON a succombé le 11 août dernier à une phtisie pulmonaire dont le début remontait à décembre 1883. Ce chirurgien était déjà célèbre, lorsque son nom fut mis en relief par la blessure du président Garfield : depuis longtemps en effet le D[r] Hamilton était bien connu comme chirurgien et auteur d'excellents ouvrages. Né en septembre 1813 il fit ses études médicales à l'université de Pensylvanie où il reçut le titre de docteur en 1833. Après avoir exercé à Auburn, il vint en 1844 à Buffalo où il se plaça bientôt au premier rang des praticiens, en 1862 il vint s'établir à New-York où il était déjà bien connu. Résumons brièvement ses services scientifiques : Il fut l'inventeur d'un petit trépan (drill), et d'un appareil pour la fracture du maxillaire inférieur, il apporta d'heureuses modifications à presque tous les appareils de fracture des os longs ; dans la chirurgie militaire il perfectionna le stylet explorateur de Nélaton, il modifia et créa le type de plusieurs tire-balles, pinces à résection, écraseurs, pinces à pression ; des ciseaux pour le bec-de-lièvre, une modification de l'amygdalotome de Cven sont aussi à signaler. Une de ses contributions à la chirurgie la plus estimée, est son étude sur la désarticulation où il donna des points de repères très

(1) (*Delib[ns]* Reg. 3 et *Brièle*, Doc[ts], tom. I, p. 6).

© BIU Santé

précieux. En France et en Angleterre on se rappelle que le Dr Hamilton fut un des premiers promoteurs de la greffe animale dans le cas d'ulcères rebelles ; en 1860 il attirait l'attention des chirurgiens par ses idées sur la résection dans les luxations avec plaie des os longs ; idées reprises par Langenbeck et beaucoup de praticiens allemands. Ses efforts, pour rendre la chirurgie conservatrice sont bien connus, et dans ce but on lui doit plusieurs méthodes ingénieuses pour les opérations pratiquées sur le métacarpe.

Membre de la plupart des sociétés médicales, nous relevons parmi les titres du Dr Hamilton ceux de membre : de l'Académie de médecine de New-York, de la Société de médecine légale, dont il fut président. Il a publié un traité de *chirurgie militaire* et l'ouvrage *Fractures et luxations* bien connu en France par l'excellente traduction de M. Parisot (de Bordeaux). Il fut inspecteur du service de santé de la guerre en 1863 ; en 1875 il abandonna le professorat de chirurgie à Bellevue-Hospital, où il garda seulement le titre de médecin consultant ; il était attaché au même titre à « St-Elizabeth » et à l'hôpital des « Ruptured and Crippled » (Fracturés et perclus). Le *New-York Hérald* auquel nous empruntons ces détails conclut ainsi : par cette mort le corps médical perd une de ses gloires et un de ses plus fidèles soutiens, la ville un de ses fils et les Etats-Unis un citoyen qui avait ajouté à sa gloire.

Dr G. BÉDART.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 août 1886 au samedi 28 août 1886, les naissances ont été au nombre de 1171 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 425 ; illégitimes, 186. Total, 611. — *Sexe féminin* : légitimes, 419 ; illégitimes, 141. Total, 560.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 août 1886 au samedi 28 août 1886, les décès ont été au nombre de 937, savoir : 517 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 17, F. 8, T. 25 Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 10, F. 7, T. 17. — Scarlatine : M. 5, F. 3, T. 8. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 16, T. 29. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 0, F. 0, T. 0. — Infections puerpérales : 1. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 15, F. 23, T. 38. — Phthisie pulmonaire : M. 94, F. 73, T. 167. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 6, T. 19. — Autres affections générales : M. 34, F. 27, T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 17, T. 39. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 10, T. 28. — Pneumonie : M. 25, F. 25, T. 50. — Athrepsie : M. 88, F. 77, T. 165. — Autres maladies des divers appareils : M. 133, F. 104, T. 237. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 18, F. 10, T. 28. — Causes non classées : M. 7, F. 7, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 61 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 14. Total : 38 — *Sexe féminin* : légitimes, 15 ; illégitimes, 8. Total : 23.

CONCOURS *d'admissibilité au poste de chimiste principal au laboratoire de chimie.* — Un concours pour l'admission à deux emplois de chimiste principal au laboratoire de chimie, au traitement de 4,500 fr., aura lieu à la préfecture de police le 27 septembre prochain.

Les conditions à remplir sont les suivantes : 1° Etre Français ; 2° être agé de 25 au moins et de 35 ans au plus ; 3° justifier qu'on a travaillé pendant 5 ans au moins dans un laboratoire d'analyse. Les candidats qui désireraient concourir devront adresser à M. le préfet de police, avant le 18 septembre prochain, une demande sur papier timbré en y joignant : 1° Leur acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° les pièces établissant leur situation militaire ; 4° leurs diplômes, certificats, etc. Le programme dudit concours sera envoyé aux postulants après la réception de leur demande.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. PICARD, docteur ès sciences, est nommé professeur de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Paris, à partir du 1er novembre 1886. M. POINCARÉ, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique mathématique et de calcul des probabilités à la Faculté des sciences de Paris, à partir du 1er novembre 1886. — M. BOUSSINESQ, professeur de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Lille, est nommé professeur de mécanique physique et expérimentale à la Faculté des sciences de Paris, à partir du 1er novembre 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. BOIFFIN et HARTMANN, docteurs en médecine, sont nommés pour quatre ans prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Castex et Ramonède, dont le temps d'exercice est expiré.

M. LEJARS, docteur en médecine, est chargé, du 1er octobre 1886 au 30 septembre 1887, des fonctions de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Barette, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES LETTRES DE RENNES. — M. ROBERT, professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Rennes, est nommé pour trois ans, à partir du 1er octobre 1886, doyen de ladite Faculté.

ASSISTANCE PUBLIQUE : PHARMACIENS DES HÔPITAUX. — Par arrêté du Ministre de l'intérieur en date du 14 août 1886, M. MEILLÈRE (Jean), pharmacien de l'Asile de Vaucluse, est nommé pharmacien à l'hôpital du Midi. — MM. BEHAL (Auguste) et BERTHOUD (Philippe), internes des hôpitaux de Paris sont nommés : le premier, pharmacien à Bicêtre, et le second, à l'Hospice des Incurables.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. Désiré CHARNAY est chargé d'une mission à l'effet de représenter le Ministère de l'Instruction publique au Congrès des Américanistes, qui s'ouvrira à Turin en septembre 1886.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons les premiers numéros du *Bulletin médical des Vosges* (juillet 1886) et de *Progress de Louisville*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Une nouvelle société de médecine vient d'être fondée et inaugurée le 31 juillet 1886, sous le nom de *Société de médecine de l'arrondissement de Cambrai*.

GRATUITEMENT à 30 kilomètres de Paris, sur grande ligne **Poste médical**, faisant 9,000 à 10,000 francs, subvention de la commune 700 fr., s'adresser à Paris, au bureau du *Journal* et chez E. Donche, 48 *bis*, boulevard Saint-Michel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulev. St.-Germain.

DUPONCHEL (E.). — L'hystérie dans l'armée. Etude de pathologie interne et de médecine légale militaire. Br. in-8 de 31 pages.

TRUC (H.). — Traitement chirurgical de la péritonite. Volume in-8 de 187 pages. — Prix : 4 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

VAUTRIN (A.). — Du traitement chirurgical des myomes utérins. Volume in-8 de 360 pages. — Prix : 6 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St.-Germain.

DUBOUÉ. — De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquamations épithéliales et en particulier du choléra asiatique. Volume in-8° de 91 pages. — Prix : 2 fr. 50.

OLIVEIRA CASTRO. — Eléments de thérapeutique et de clinique dosimétrique. — Traduit du portugais par E. Gras. — Un volume in-8 de 408 pages. — Paris, 1886. — Ch. Chanteaud et Cie.

REVUE DU MOUVEMENT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE. — Paraissant tous les deux mois par fascicule d'environ 94 pages. Rédacteur en chef : Ch.-M. LIMOUSIN. — Prix d'abonnement : Un an 10 fr. ; — six mois 6 fr. ; — trois mois 3 fr. — Prix du numéro : 1 fr.

NIVET (V). — Mémoire critique sur la législation relative aux conseils d'hygiène et de salubrité et aux établissements insalubres. Brochure in-8 de 32 pages. — Clermont-Ferrand, 1886. — Imprimerie Mont-Louis.

PRATIQUE CIVILE (LA) ET LES MÉDECINS MILITAIRES. — Brochure in-8 de 11 pages. — Nancy, 1885. — Imprimerie Sordoillet.

BOLLETINO DELLA REALE ACADEMIA di scienze, lettere et bele arti di Palermo. Brochure in-4 de 22 pages. — Palermo, 1886. — Tipographia del giornale di Sicilia.

Transactions of the obstetrical society of London. Volume XXVIII for the year 1886. — Part. III for May, June and July. Brochure in-8 de 204 pages. — London, 1886. — Au siège de la Société, 54, Berners street.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

CLAVERIE (A.). — Etude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Brochure in-8° de 61 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 37. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 11 SEPTEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. P. BUDIN.**

Eclampsie au septième mois de la grossesse chez une multipare. — Guérison de la mère.— Mort de l'enfant 48 heures plus tard. — Expulsion d'un œuf complet, cinq semaines après la mort du fœtus ;

Par G. LANCRY, interne des hôpitaux.

Femme de 28 ans, ménagère, de taille moyenne, bien bâtie, de bonne santé habituelle, présentant une opacité assez étendue des deux cornées et ayant de ce fait la vision très imparfaite.

Première grossesse il y a huit ans, marquée par un œdème considérable des membres inférieurs; accouchement à terme, normal ; suites de couches bonnes.

Deuxième grossesse, il y a 5 ans, terminée par un avortement à 2 mois 1/2, suite d'un traumatisme.

Grossesse actuelle. Début probable au commencement de novembre 1885. Rien à signaler pendant les premiers mois, sauf l'œdème des membres inférieurs, dont la malade ne peut donner la date d'apparition, même approximative. Le 7 mai 1886, elle va à la consultation de l'Hôtel-Dieu, d'où elle est envoyée dans le service de M. Budin (4 heures du soir).

7 mai 1886. On constate : femme d'aspect anémique et albuminurique, coloration blanche du visage, œdème des paupières; œdème considérable des membres inférieurs et de la paroi abdominale jusqu'au niveau de l'ombilic environ.

Du côté de l'utérus. — Utérus développé par une grossesse de 7 mois environ : le sommet de l'organe dépasse l'ombilic de deux travers de doigt; la malade ne peut préciser l'époque de ses dernières règles ni celle où elle a senti remuer pour la première fois. Le fœtus est vivant, on entend très bien les battements du cœur. Pas de douleurs utérines. Au toucher vaginal, le col a une longueur de 1 cent. 1/2 environ, il est assez dur, l'orifice externe est un peu entr'ouvert, l'orifice interne est fermé. La malade se plaint (et c'est du reste pour cela qu'elle était allée à l'Hôtel-Dieu) de malaise général et de faiblesse dans les jambes. Pas de vomissements, de dyspnée, de trouble oculaire autre que celui dû à l'altération des cornées. Prescription du régime lacté exclusif. On ne peut examiner les urines, il n'y en a pas dans la vessie. Pendant la nuit, la malade absorbe un litre de lait.

8 mai. Anurie presque complète. La malade n'a pas uriné depuis son entrée à la Charité (7 mai, 4 heures du soir) et il n'y a dans la vessie qu'une cuillerée à bouche d'urine épaisse, visqueuse, qui se coagule en masse par la chaleur. A 8 heures moins un quart du matin, première attaque d'éclampsie, de 3 minutes de durée, généralisée à tout le corps. Cette première attaque est suivie de six autres dans la journée d'une durée et d'une intensité à peu près égales. Pendant toute la journée, la température prise dans le vagin s'élève progressivement ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

7 heures 45 du matin, 1re attaque : T. V. 37°,2.
11 heures 40, 2e attaque : T. V. 37°,2.
1 heure 15 du soir, 3e attaque : 38°,2.
2 heures 55, 4e attaque : 39°,4.
4 heures 45, 5e attaque : 39°,2.
6 heures 30, 6e attaque : 39°,8.
9 heures 30, 7e attaque : 39°,8.

Pendant la journée, la malade a absorbé trois lavements de trois grammes de chloral chacun, administrés : le premier à 8 heures du matin, le second à 11 heures, le troisième à 6 heures du soir.

A dix heures du soir, M. Budin vient voir la malade et prescrit une saignée de 600 grammes. Elle est immédiatement pratiquée en sa présence au bras gauche. La température vaginale, aussitôt après la saignée, est de 39°,7.

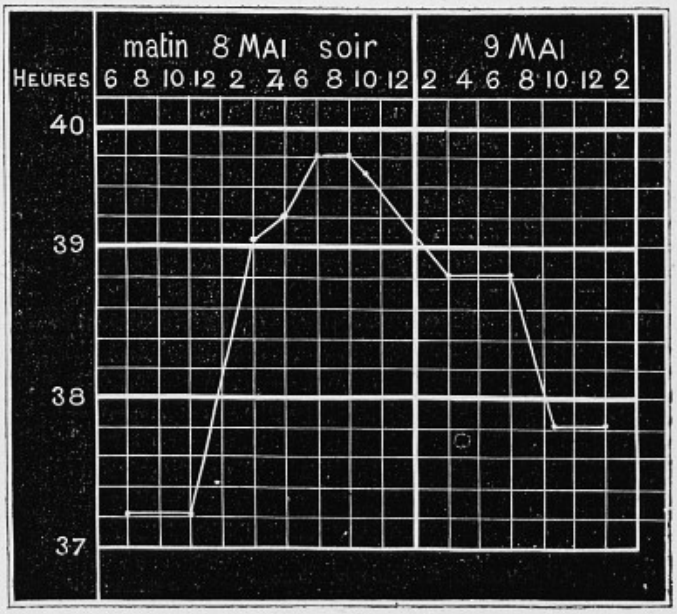


Fig. 81.

9 mai. Les 24 heures qui suivent cette intervention se passent de la manière suivante :

Une seule attaque d'éclampsie de faible intensité à minuit et demi (9 mai, 0 h. 30 m. du matin). La température s'abaisse, ainsi qu'il résulte du tableau ci-dessous :

2 heures 1/2 du matin : 38°,8.
4 heures 1/2 du matin : 38°,8.
6 heures 1/2 du matin : 38°,8.
9 heures 1/2 du matin : 37°8.
1 heure du soir : 37°,8.
7 heures du soir : 37°,8.

L'anurie persiste jusqu'à 4 heures de l'après-midi, moment où on peut retirer 90 grammes d'urine contenant 6 grammes d'albumine par litre. A 7 heures du soir : 200 gr. d'urine sont encore retirés par le cathétérisme; 3 gr. d'albumine par litre. Les battements du cœur du fœtus sont très nettement perçus. Les phénomènes présentés par la malade sont des alternatives de calme, de mouvements, de cris. Depuis la saignée, jusqu'à 1 h. 1/2 du matin, calme et somnolence ; à ce moment, agitation qui se manifeste bientôt sous forme de mouvements saccadés, survenant à intervalles très rapprochés, tan-

© BIU Santé

tôt généralisés à tous les segments des quatre membres et à l'extrémité céphalique, tantôt limités seulement à un, deux ou trois membres. Ces mouvements s'accompagnent d'une légère plainte.

2 *h. 3/4 du matin.* Persistance des mouvements, mais les plaintes qui les accompagnent sont beaucoup plus accentuées ; elles rappellent jusqu'à un certain point les cris des méningitiques.

4 heures du matin. Cessation des mouvements ; cris prolongés et continuels provoquant un rassemblement dans la rue voisine sur laquelle donne la chambre de la malade.

4 h. 1/2. Calme et repos.

Dans la matinée et l'après-midi, des phénomènes analogues ont persisté, mais avec des intervalles de calme plus prolongés. Vers minuit, disparition de ces phénomènes. Au point de vue de l'intelligence : la malade, dans une période de calme, vers 4 heures de l'après-midi, a semblé reconnaître son mari à la voix. Vers minuit, elle reprenait connaissance d'une manière définitive.

La seule alimentation possible, a été 1 litre de lait environ, soit deux verres à 9 h. du matin et le reste par cuillerées à bouche dans l'après-midi.

A Minuit, on entend toujours les battements du cœur fœtal.

10 *mai.* La température, prise quatre fois dans la journée, a oscillé entre 37°,4 et 37°,6. La malade a repris pleinement connaissance. Elle se plaint d'une cécité complète. Absorption de deux litres de lait dans la journée. Emission de 1850 gr. d'urine contenant 3 gr. d'albumine par litre. Le fœtus est vivant.

11 *mai.* Etat général très amélioré ; la cécité est toujours complète. Température, 37°,5. Atténuation très notable de l'œdème des membres inférieurs et de celui de la paroi abdominale. Œdème sur la face dorsale des deux mains, surtout sur la main gauche (côté de la saignée). Emission de deux litres 1/2 d'urine à 2 grammes d'albumine par litre. A midi, on cherche en vain les battements du cœur fœtal. Mort probable du fœtus le 11 mai.

12 *mai.* Régime lacté exclusif ; même état qu'hier, mais à 10 heures, légère attaque d'éclampsie pendant deux minutes ; somnolence consécutive pendant une heure environ ; puis vives douleurs de tête, bourdonnements d'oreilles, malaise général, agacement jusqu'à 2 heures de l'après-midi, après quoi tout rentre dans l'ordre.

12 à 18 *mai.* La température est normale ; l'albuminurie persiste à raison de 2 grammes par litre. Constipation opiniâtre. On n'entend plus les battements du cœur fœtal quoique la malade prétende le sentir remuer. Pas de contractions utérines ; col dur et fermé. La vue est revenue à l'état ordinaire.

18 *mai.* Montée du lait : les seins sont gonflés, tuméfiés ; par la pression du mamelon on fait jaillir du lait.

18 à 24 *mai.* Un gramme d'albumine par litre, le ventre diminue de volume, la saillie, formée par le globe utérin, est moins marquée ; le fond de l'utérus atteint l'ombilic, alors qu'il remontait à deux travers de doigt au-dessus quand la malade est entrée à la Charité. L'orifice externe du col s'entr'ouve un peu, la température oscille entre 37°,8 le soir, et 37°,4 le matin.

24 *mai au 9 juin.* Rien à noter, sauf l'état du ventre, qui diminue de volume de plus en plus. L'albumine persiste à raison de 1 gramme, un peu plus, un peu moins, par litre d'urine.

10 *juin.* La malade veut quitter le service sur les instances pressantes et réitérées de son mari.

15 *juin.* Elle revient dans le service ; le 13 elle eut quelques douleurs ; le 14, elle s'en fut à Ivry, en tramway, elle en revint en omnibus, où elle fut très secouée ; peu après, douleurs plus fortes. Le 15, à midi, on constate : utérus ne remontant plus qu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, col dur, nullement effacé, formant une sorte d'anneau rigide de 4 centim. de diamètre environ et de 1 centim. de longueur. A travers cet anneau, passe une poche des eaux en sablier qui vient faire hernie à travers la vulve, et une partie fœtale, la tête, qui glisse à frottement dur et dont une petite partie seulement a franchi le détroit constitué par le col. Après 30 à 40 minutes, l'œuf complet est expulsé lentement, peu à peu, et sans hémorrhagie. Il n'a pas coulé 20 grammes de sang après l'expulsion ; une injection intra-utérine, faite immédiatement après, est revenue à peine teintée, une partie de la caduque est restée dans l'utérus

Examen de l'œuf. — L'œuf complet pèse 750 gr., il est remarquable à première vue par ce fait qu'il ne contient pour ainsi dire pas de liquide. Il forme une sorte de boudin de 22 centim. de long et de 11 de large, terminé à une extrémité par une sorte de galette, le placenta.

A l'ouverture de l'œuf, il s'écoula à peine deux cuillerées à bouche d'un liquide gris, sanieux ; le fœtus est coloré en jaune vert par une matière qui semble un mélange de méconium et d'enduit sébacé ; l'épiderme est soulevé et mobile, mais forme un revêtement sans solution de continuité anormale ; les os de la tête sont d'une extrême mobilité les uns sur les autres ; il semblerait que l'encéphale est en partie résorbé. Sa longueur est de 34 cent., son poids est de 520 grammes.

Le placenta semble superposé au reste de l'œuf, parce que la partie de caduque épaissie qui s'attache à son pourtour, est détachée du chorion et que cette dernière membrane est décollée de la face fœtale du placenta dans tout le pourtour, et à 1 ou 2 cent. environ de la périphérie de celui-ci.

Le placenta est discoïde, à 11 cent. de diamètre est plus épais à son centre où, sur une petite étendue, il a 1 cent 1/2 d'épaisseur, qu'à sa périphérie, où il n'est plus épais que de 1/2 cent. Sa face utérine est blanc grisâtre, avec quelques marbrures rouges ou violacées, les cotylédons ne sont pas marqués. La consistance est plus dure que celle d'un placenta normal ; elle se rapproche de celle d'un tissu fibreux. Isolé, il pèse 115 gr. La face fœtale présente l'insertion marginale du cordon et la disposition surtout circulaire des vaisseaux qui, partant du cordon, se distribuent au placenta. L'amnios se décolle facilement, le chorion est décollé sur la périphérie du placenta, ainsi qu'il a déjà été dit. La périphérie du placenta se continue avec une caduque très épaisse, grise, formant une membrane continue et sans résistance. Une partie de cette membrane est restée dans la cavité utérine.

Suites de couches. — La malade est toujours albuminurique (1 gr. d'albumine par litre) il n'y a pas d'œdème des jambes, pas de nouvelle poussée de lait. La température est restée inférieure à 37°,5 jusqu'aujourd'hui 7e jour après l'accouchement. Comme traitement local, il a été fait seulement une injection intra-utérine avec du bichlorure de mercure au $\frac{1}{2000}$ immédiatement

© BIU Santé

après l'accouchement, puis des lotions vulvaires trois fois par 24 heures.

Les particularités les plus intéressantes de cette observation sont les suivantes :

La marche de la température : elle s'élève progressivement jusqu'à 39°,8 summum qu'elle atteint après la 7e attaque, puis décroit ensuite d'une manière lente, mais continue. Cette marche est celle qui a été indiquée par Bourneville (*Société de biologie*, 1871. *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, 1873).

La donnée pronostique qu'on peut obtenir de l'observation attentive de la température. Avec l'élévation de la température, le pronostic devient de plus en plus sombre. Dès que la température baisse, le pronostic devient meilleur et permet d'espérer souvent la guérison, ainsi que M. Budin l'a montré.

La coïncidence entre la saignée et le début de la descente de température. En douze heures, la malade avait absorbé 9 gr. de chloral par la voie rectale, sans que ce traitement ait apporté de modification appréciable dans le nombre des attaques, dans leur intensité, dans la marche ascendante de la température. Une saignée de 600 gr. est pratiquée. Peu après, la température baisse, il ne survient plus qu'une seule attaque et qui est d'une intensité moindre ; en un mot, la malade marche rapidement vers la guérison. Dans le cas particulier, l'influence bienfaisante de la saignée paraît bien nette. Faut-il la préconiser sans réserve dans l'éclampsie ? M. Budin ne le croit pas. La saignée constitue toujours une intervention sérieuse chez une éclamptique, à cause de l'état d'anémie où elle se trouve du fait de la grossesse et du fait de son albuminurie. Elle ne doit être pratiquée que si l'état général est grave et la mort menaçante.

La mort de l'enfant, et la mort, non pas pendant l'attaque, mais plus de 48 heures après la disparition des accès d'éclampsie. La diminution graduelle de l'albumine ; mais dans cette amélioration qui s'est produite lentement, quelle a été l'influence du régime lacté et celle de la mort de l'enfant ? C'est ce qu'il est difficile d'apprécier.

La diminution de volume de l'utérus après la mort de l'enfant, la résorption presque complète du liquide amniotique, l'état spécial de l'œuf, son expulsion en bloc, enfin, la rétention dans l'utérus d'une grande partie de la caduque et cela, sans déterminer le moindre accident.

Telles sont les particularités qui nous paraissent dignes d'être relevées dans cette observation.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. — De l'angine dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général (*suite*) ;

Par **Paul TISSIER**, interne des hôpitaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'entrer en matière, commençons par rappeler aussi rapidement que possible, les faits anatomiques indispensables pour la compréhension des désordres causés par la maladie dans la région sous-maxillaire, et aussi pour l'étude de la physiologie pathologique.

Pour mettre un peu d'ordre dans cette exposition un peu aride, nous étudierons le siège du développement de la maladie d'abord, puis les terrains d'ensemencement, c'est-à-dire les points par où doit se faire l'introduction de germes septiques qui iront de là concentrer leur action nocive au point d'élection : les régions que Blandin et Malgaigne, différant en cela des auteurs modernes, réunissaient dans une même description sous le nom de *glosso-sus-hyoïdienne*.

Limitée en haut par la parabole que forme le maxillaire, en bas par l'os hyoïde, latéralement par le bord antérieur des sterno-cléido-mastoïdiens, la région glosso-sus-hyoïdienne, s'appuie profondément latéralement sur le paquet vasculo-nerveux formé par la carotide primitive, la jugulaire interne, le pneumo-gastrique et en arrière et en haut sur la langue.

On connaît la disposition des muscles, des nerfs et vaisseaux si importants de la région et nous ne la rappellerons pas. Nous noterons simplement la présence de cloisons multiples et nombreuses, partant comme divisions secondaires de l'aponévrose cervicale, formant le squelette fibreux, résistant, peu élastique de la région, enserrant chaque muscle, formant une loge complète et solide à la glande sous-maxillaire, et dont la limite antérieure et cutanée est solide et peu extensible, attachée latéralement aux sterno-cleido-mastoïdiennes, fortement fixée en haut et en bas au maxillaire et à l'hyoïde.

Au contraire, en haut au niveau de la région sublinguale plus lâche, ainsi que vers ses limites profondes, où le tissu cellulaire d'abord fort rare, devient de plus en plus abondant et forme des traînées qui se continuent directement avec celles des régions voisines.

Nous nous arrêterons encore sur la situation des ganglions lymphatiques, nombreux, profonds en grande partie, les seuls qui nous intéressent, quelques-uns superficiels.

La glande sous-maxillaire, que Roser (1883) croit être le siège anatomique constant de la maladie qui nous occupe située dans la courbe du digatrique est comprise, avons-nous dit, dans une coque fibreuse solide. Elle est plongée dans une atmosphère celluleuse variable suivant les individus, dans laquelle se trouvent de nombreux ganglions lymphatiques adhérant intimement à la glande, dont ils sont pour ainsi dire inséparables.

La muqueuse du plancher de la bouche est lâche, molle, peu adhérente, laissant apercevoir les traînées bleuâtres des ranines, recouvrant les artères ranines et la glande sublinguale, le canal de Warthon, le nerf lingual, le plexus sublingual et les veines linguales. Puis une masse peu résistante de tissu cellulaire qu'on a désigné sous le nom de bourse séreuse de Fleischman, prête à s'infiltrer rapidement, ce qui nous explique sans peine le soulèvement considérable du plancher de la bouche noté dans toutes les observations. On y a décrit aussi une chaîne ganglionnaire lymphatique (Richet) en fer à cheval, le long de la face interne du maxillaire, peut-être pourrait-on voir là la cause du bourrelet dur et résistant que nous avons mentionné.

Les zones radiculaires périphériques où naissent, dans un réseau d'une richesse inouïe de toutes les mailles du tissu conjonctif, les vaisseaux lymphatiques afférents des ganglions de la région qui nous occupe, vont maintenant attirer notre attention.

Leur disposition est connue, nous nous bornerons à rappeler que les amygdales ne sont, pour ainsi dire, qu'un vaste lac lymphatique dont l'aboutissant est le

(1) Voir *Progrès médical*, nos 35 et 36.

© BIU Santé

groupe ganglionnaire sous-angulo maxillaire. Le voile du palais, la muqueuse des joues, les gencives elles-mêmes sont recouvertes d'un fin réseau dont tous les troncs se rendent précisément aux glandes lymphatiques profondes de la région qui nous intéresse.

Nous sommes maintenant en mesure de comprendre les lésions anatomiques décrites par les auteurs, voyons tout d'abord le résultat des autopsies, nous nous efforcerons ensuite d'en présenter un tableau général rapide, basé sur l'observation.

Observation VII.— Schmetzer (1) (nous omettons la partie clinique).

Tête bouffie ; cou énormément tuméfié, la peau du cou sectionnée est rejetée en haut avec la peaucier et le sterno-cleido-mastoïdien. Tissu cellulaire sous-jacent dur au toucher. Glande sous-maxillaire gauche tuméfiée, du volume du poing d'un garçon de 12 ans, dont la section donne issue à une cuillerée de pus granuleux, épais, horriblement fétide. Tissu cellulaire environnant gangréné, bleu grisâtre. Les muscles insérés à l'hyoïde sont décolorés, en partie détruits par le sphacèle. Tout autour du larynx foyers de pus épais, vert jaunâtre, extrêmement fétide, à parois constituées par le tissu celluleux et les muscles gangrénés et en partie détruits. Ganglions lymphatiques, volumineux, durs, jaune sale, parotide normale. Tissu environnant induré.

A droite, tissu cellulaire et glande sous-maxillaire grisâtres. Muscles propres du larynx, rouge sombre, par place gris sale. Névrilemme du pneumo-gastrique gauche coloré en rouge.

Liquide céphalo-rachidien rouge cerise. Epanchement séreux jaunâtre dans le ventricule latéral gauche du cerveau.

Poumon gauche infiltré. Trachée rouge sombre. Larynx d'une coloration plus intense encore, sans *ulcération ni boursouflement de la muqueuse.*

Foie de consistance molle. Léger épanchement péritonéal.

Observation VIII (Personnelle), (voir la partie clinique plus haut.)

L'autopsie fut malheureusement fort incomplète, on trouva par une incision verticale médiane, le larynx rouge violacé, plongé dans un tissu noirâtre, infiltré d'une sérosité trouble, quelques foyers ramollis au voisinage de la glande sous-maxillaire gauche avec du pus mal lié, fétide, contenant des détritus gangréneux. La trachéotomie intercrico-tyroïdienne n'avait déterminé aucun désordre. Replis aryteno-épiglotiques légèrement tuméfiés. Méninges très congestionnées. Ventricules contenant un liquide séreux, clair, jaunâtre, sinus normaux gorgés de sang fluide.

Oservations IX.— Heyfelder (2) (voir la partie clinique plus haut).

Peau du cou sus-jacente à la tumeur saine. Par contre, tout le tissu cellulaire de la région est converti en une masse sombre sale, imprégnée de pus fétide et de gaz. Glandes salivaires bleu pâle, normales à la coupe. Nerfs vagues et récurrents, rouge sale. Les muscles, par suite de la mortification du tissu cellulaire, ont perdu leurs rapports. *Rien d'anormal au niveau du maxillaire, dont le périoste est intacte.* Muqueuses buccale, linguale, pharynge, nasales légèrement gonflées, recouvertes d'un mucus grisâtre. *Amygdales saines.* Muqueuses laryngée et trachéale, livides, avec une enduit de mucus sale adhérent. Rien à la surface du poumon. A la coupe on trouve, surtout dans les *lobes inférieurs*, une grande quantité d'abcès remplis d'un pus horriblement fétide, substance pulmonaire environnante très friable. Plèvres saines.

Cœur flasque, mou, avec sang fluide, noir, avec petite quantité de liquide trouble dans le péricarde.

Muqueuse stomacale ramollie surtout au niveau du pylore. Foie petit, mou, légèrement congestionné. Rate molle à capsule peu adhérente. Rein droit ramolli ; dans le bassin, grande quantité de liquide trouble.

Sinus de la dure-mère gorgés de sang liquide et noir. Arachnoïde à droite épaissie et liquide laiteux sus-arachnoidien. Pie-mère du même côté très injectée. Cerveau et cervelet très congestionnés. Plexus choroïdes injectés, bleuâtres. Rien aux ventricules.

Si nous cherchons maintenat à résumer brièvement les faits qui résultent de ces quelques observations, et de l'ensemble des cas publiés jusqu'à ce jour, nous aurons à diviser cet exposé en deux sections : 1° Lésions locales ; 2° Lésions à distance.

1° *Lésions locales.* — La peau soulevée, glissant sur les plans profonds est nette à la section, sauf aux points ramollis de la tuméfaction. Le tissu cellulaire profond est, suivant la date des lésions, dur, résistant à la coupe, rouge jaunâtre ou laissant suinter un liquide louche peu abondant. Au centre, il est souvent impossible de reconnaître les organes infiltrés, ramollis, englobés dans une masse sphacélée qui a détruit leur aspect propre et leurs rapports. Dans cette masse, semi-liquide, noirâtre, fétide, cloisonnée par des tractus interrompus, filamenteux, vestige des gaines aponévrotiques, on distingue encore les vaisseaux et les nerfs entourés d'une gaine épaisse, rougeâtre. Les ganglions lymphatiques sont tuméfiés, rougeâtres à la coupe, quelquefois bleuâtres et fort peu altérés.

Remarquons en passant qu'il est exceptionnel d'y rencontrer un foyer suppuré, rappelant l'adénite ordinaire. Leur atmosphère celluleux est de coloration foncée, dur, infiltré au début, ramolli, grisâtre, sanieux plus tard. Les muscles sont dissociés, ramollis, en putrilage au centre ; rouge violacé, avec plaques jaune-grisâtre quand la lésion est moins avancée. La glande sous-maxillaire est bleuâtre et la coupe laisse parfois suinter quelques gouttes d'un liquide ichoreux, grumeleux, d'une extrême fétidité. Néanmoins, elle peut être absolument saine, contrairement à l'opinion de Roser et même O. Weber (1) l'aurait trouvée intacte dans la plupart des cas.

L'étude minutieuse des détritus est rendue impossible en raison de la putréfaction hâtive des éléments qu'ils contiennent. Sur le vivant, dans un cas que nous avons suivi et rapporté, nous avons trouvé au milieu d'une grande quantité de corps granuleux pigmentaires ou protéiques, produits de désintégration cellulaire, des gouttelettes graisseuses, quelques fibrilles conjonctives dissociées et des débris du tissu musculaire. L'examen bactériologique (violet de méthyle, B. de Bâle, décoloration par l'iodure iodé) nous a révélé la présence de nombreux micro-organismes. Du reste, leur étude approfondie eût été dans ce cas peu instructive, par suite de l'ouverture buccale du foyer (observ. VI) qui avait permis l'introduction et le développement des microbes étrangers.

Le plancher buccal soulevé, souvent troué d'orifices fistuleux, présente dans son ensemble des lésions analogues à celles que nous avons étudiées au niveau de la peau. (Infiltration, désorganisation putride, névrite superficielle, périartérite et périphlébite) surtout prononcées au niveau de la bourse de Fleischmann.

Les dents sont souvent cariées, mais on ne rencontre pas de périostite alvéolodentaire aiguë ; le maxillaire et son périoste sont toujours indemnes, les cas où l'on a trouvé de la périostite ou de l'ostéo-périostite, différant aux points de vue étiologique et clinique de l'angine que nous avons décrite. En effet, pour nous, et nous sommes explicites sur ce point, il suffit qu'un phlegmon sus-hyoïdien reconnaisse pour origine une périostite ou une ostéo-périostite du maxillaire pour l'exclure du cadre de l'affection que nous avons en vue (2). La langue est légèrement tuméfiée. Les amygdales sont tantôt saines, tantôt rouges, exulcérées, plus ou moins volumineuses. Le larynx et la trachée présentent des altérations différentes suivant les cas. Nous allons nous y arrêter un instant à cause de l'importance extrême des signes trachéo-laryngiens dans la symptomatologie.

(1) *Zellgewebsmetaphlogose am Hals. Würtemb. mediz. Corresp. Blatt*, tome VI, 1836, nos 17 et 18. In. Thèse de Bœhler, page 24.

(2) *Loco citato.*

(1) Cité par Hénocque ; article *sous-maxillaire* (*Dictionnaire Encyclopéd.*).

(2) Vouloir ne pas tenir compte de ces faits, comme nous le discuterons à l'occasion de la pathogénie, c'est rendre l'angine dite de Ludwig trop compréhensive, la réduire à un syndrome banal, nier en quelque sorte son existence propre.

© BIU Santé

Tantôt (observ. de Schmetzer (1), Heyfelder (2), les nerfs vague et récurrent ont été trouvés rouges, à névrilemme injecté, sans grandes lésions des muqueuses laryngo-trachéales. Tantôt et cela fréquemment associé aux autres lésions, les muscles (observ. de Heim (3), Schmetzer (4), sont rouge sombre, par places grisâtres, plus ou moins altérés, quelquefois complètement détruits. Tantôt enfin (observ. de Heyfelder (5), Heim (6), personnelle (7), la muqueuse et le tissu sous-muqueux sont surtout lésés : les replis aryténo-épiglottiques, les régions aryténoïdiennes sont infiltrés d'une sérosité louche, analogue à celle que nous avons signalée dans les zones périphériques de la tumeur sous-maxillaire ; la muqueuse turgide, épaissie, boursouflée, jamais ulcérée, est rouge *violacée*, parfois livide, noirâtre, recouverte d'un mucus épais, adhérent.

La carotide et la jugulaire plus ou moins comprimées, ont été rencontrées plusieurs fois atteintes d'inflammation superficielle, et l'on s'explique par là, sur des troncs de moindre importance, la possibilité de la thrombose et de l'embolie.

2° *Lésions à distance.* — Les lésions relevant de la maladie, en tant que maladie infectante et générale, sont plus rares et surtout moins connues. L'histoire des néphrites, des hépatites dans les états infectieux est trop neuve encore pour s'étendre au delà du cadre des grandes pyrexies. Néanmoins, la présence de la teinte subictérique notée dans le cas de Heyfelder, de l'albuminurie, attestent des troubles du rein et du foie. Les lésions des séreuses articulaires plus palpables sont aussi peu connues. Nous n'avons trouvé dans la science aucun autre cas que le nôtre de pseudo-rhumatisme infectieux, lié à l'affection qui nous occupe. On a signalé, par contre, la présence de liquides séreux, louches dans les plèvres, le péricarde (Heyfelder), le péritoine (Heyfelder), les ventricules cérébraux (Heim), (Schmetzer). Le cœur est souvent jaunâtre, graisseux, peu résistant, rempli de sang diffluent, noirâtre (Heyfelder). La rate a été trouvée ramollie, tuméfiée, friable.

Les méninges sont souvent rouges, vivement injectées, les sinus crâniens gorgés de sang noir, fluide, la substance cérébrale semée sur la coupe de nombreux points noirâtres (congestion intense) (Heyfelder), (observation personnelle). (Heyfelder), dans un cas que nous avons rapporté en détail, trouva, dans les poumons, surtout à leur partie inférieure, de nombreux petits abcès, à parois anfractueuses, à contenu sanieux, grisâtre, d'une fétidité repoussante.

PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Nous arrivons au point le plus important de l'étude que nous avons entreprise. En effet, les quelques lignes que nous avons consacrées à l'historique de la question, nous ont permis de voir que, si les divers auteurs sont généralement d'accord sur la modalité clinique, il n'en est pas de même sur l'essence de l'affection. C'est là pourtant un point capital.

Nous avons remis son étude après l'exposé de la symptomatologie et des lésions anatomiques, bien persuadé que l'examen approfondi, sans parti pris, sans idée préconçue, des faits que nous avons présentés, pourrait seul nous aider, je ne dis pas à trancher définitivement la question, mais au moins à y contribuer pour notre faible part.

La connaissance des maladies infectieuses est d'hier, et, tout entière à la pathologie générale, à la recherche de la clef des grands processus, la science contemporaine n'a pas encore fouillé tous les petits sentiers de la nosologie pour en réformer l'histoire, y introduire à coté de l'élément clinique, précieux héritage de nos devanciers, et de l'élément anatomo-pathologique, conquête plus récente et moderne, les données nouvelles, et en rajeunir ainsi les descriptions.

Deux sortes d'opinions, diamétralement opposées, se sont fait jour au sujet de l'affection décrite par Ludwig en 1836.

C'est une entité morbide particulière, ayant son évolution, sa localisation propre, ou bien c'est une maladie banale, une réunion confuse et condamnable d'un certain nombre de processus connus.

Pour être contradictoires, ces opinions sont également vraies, quelque paradoxale que semble être cette affirmation.

Certains auteurs semblent croire, en effet, à la synonymie parfaite de phlegmon sus-hyoïdien et d'angine de Ludwig, et dès lors, ils rangent sous ce titre une foule d'états qui n'ont de commun que leur siège ; 99 fois pour 100, ceux-là ont tort, c'est indiscutable, et l'angine de Ludwig ainsi comprise, doit être bannie des cadres nosographiques, c'est un impedimenta, c'est plus, c'est une erreur.

Voilà pourquoi nous rejetons systématiquement une dénomination qui, pour avoir la consécration du temps et l'autorité d'observateurs autorisés, pourrait encore prêter à la confusion. Et si nous n'avons employé jusqu'ici aucune autre appellation, c'est que nous voudrions la baser sur la pathogénie, seul moyen de la rendre acceptable, et en quelque sorte adéquate.

Or, il existe, *parmi les nombreux phlegmons sus-hyoïdiens, une variété toujours identique à elle-même, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, reconnaissant une origine infectieuse.*

La description que nous en avons donnée, les observations que nous aurions pu augmenter de nombre, nous montrent l'unité symptomatique, l'unité anatomique, au moins dans une mesure suffisante pour que les diverses modalités puissent être considérées comme des variations d'un seul type primordial, une description étant un idéal, une maladie ; l'observation montrant la réalisation de l'idéal, un malade.

Ceci admis : 1° à quels signes reconnait-on une maladie infectieuse ? quel critérium nous donne la pathologie générale pour résoudre ce grave problème ? 2° la maladie qui nous occupe répond-elle à ces signes, s'accommode-t-elle à ces conditions, peut-elle en un mot entrer dans le cadre des bacillopathies *totius substantiæ* ?

Une maladie infectieuse est due à un germe provenant de l'extérieur ; la constatation de ce germe, son isolement à l'état de pureté par la culture, son inoculation, c'est là le critérium fondamental ? Avouons-le de suite, ce critérium qui trancherait à lui seul la question, nous ne l'avons pas ici. Mais faut-il passer outre ? Non, mille fois non ! Comme le disait M. le professeur Bouchard dans sa leçon d'ouverture : « le parasiticisme est établi avec certitude pour quatre maladies de l'homme : le charbon, la morve, la tuberculose et la gangrène gazeuse ; de plus, la preuve est presque faite pour l'érysipèle et la blennorrhagie. » Depuis, la science a progressé ; mais combien d'inconnues encore dans ce gigantesque problème ?

Aussi, il a fallu chercher d'autres données pour relier les états infectieux et, ces caractères, c'est à la clinique qu'il convient de les demander. La rougeole, la scarlatine, la syphilis, la rage, la fièvre typhoïde sont bien des maladies infectieuses et cependant, malgré les travaux de Hallier et Babès, de Coze et de Feltz, de

(1) *Loco citato.*
(2) *Loco citato.*
(3) *Zur Geschichte der Metaphlogose des Zellgewebes am Hals.* (*Würtemb. correspond. Blatt.* tome VI, n° 10, 1836). In thèse de G. Bœhler, p. 17.
(4) *Loco citato.*
(5) *Loco citato.*
(6) *Loco citato.*
(7) *Loco citato.*

© BIU Santé

Lustgarten, de Eberth, etc., La preuve n'est pas faite.

Sur quoi baserons-nous donc notre opinion ?

« Sur la constante et frappante ressemblance des cas publiés, sur la marche cyclique de la maladie, sur la présence de signes généraux précoces (prodromes classiques des fièvres dites graves; frissons initiaux, état saburral, hyperthermie), sur l'état typhoïde qui se trouve signalé dans toutes les observations vers le 7e et le 8e jour, sur les caractères, vraiment pathognomonique de la réaction locale, sur l'albuminurie signalée dans certaines observations, la coloration ictérique des conjonctives, la présence des signes articulaires. »

Enfin sur le caractère contagieux de la maladie.

L'albuminurie et l'arthralgie sont ici des signes de première importance. Y verra-t-on, comme le veulent les fatalistes du hasard, la juxtaposition de deux maladies, une attaque de rhumatisme subaigu réveillée par le mauvais état dyscrasique. Mais de même que « le refroidissement, que la fluxion, que la douleur, que la soudaineté et la mobilité des phénomènes fluxionnaires ou douloureux ne caractérisent pas essentiellement ce qui est rhumatismal, de même l'arthrite n'est pas caractérisque du rhumatisme..... Au cours de certains états morbides, accidentels ou physiologiques, le rhumatisme vrai peut se développer. Théoriquement, ce n'est pas impossible ; effectivement, c'est infiniment rare. Telles sont les propres expressions du professeur Bouchard(1), dans son étude magistrale sur les pseudo-rhumatismes infectieux.

Si nous insistons sur ces phénomènes articulaires, c'est qu'on a pu écrire que « (2) toutes les maladies infectieuses peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires, relevant de l'infection générale de l'économie.» (Bourcy) C'est une idée chère à M. le professeur Verneuil, et les recherches modernes l'ont amplement consacrée.

Voyons donc, si les phénomènes articulaires que nous avons observés dans un cas que nous avons suivi nous-même répondent à la description générale connue.

Le siège de prédilection se trouve dans les grandes articulations, le genou de préférence soit en raison de la fatigue, des traumatismes déterminant un locus minoris resistentiæ » soit en raison de la structure si parfaite de ce grand article, comparable en cela aux séreuses splanchniques, (F. de Lapersonne (3).

Dans un ordre d'idée analogue, Swediaur avait appelé le genou, gonocèle, en raison de la localisation fréquente de l'arthrite blennorrhagique en ce point.

Signalons encore l'articulation sterno-claviculaire. Au point de vue des lésions, nous laisserons encore la parole à M. de Lapersonne (4). « Ce que l'on observe bien plus fréquemment, ce sont des polyarthrites subaiguës, envahissant très vite plusieurs segments, s'accompagnant de douleurs peu intenses, avec ou sans épanchement, disparaissant sans laisser de traces, » ou produisant des monoarthrites plus graves :

Or, que le lecteur veuille bien se reporter à notre observation VI personnelle. Le genou gauche, la tibio-tarsienne gauche, le genou droit ont été pris, successivement, et au bout de trois jours, sans laisser de traces, ont disparu, sans avoir été jamais trop douloureux à la pression, au contraire plus sensibles à la marche, encore un caractère des polyarthrites subaiguës infectieuses. Est-ce là, même de loin, le tableau du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu ? Du moment qu'il y a chez le même malade juxtaposition d'une lésion locale sous-maxillaire et d'une lésion articulaire, nous n'avons pas le droit, suivant l'expression de M. le Dr Landouzy, dans une brillante leçon sur l'albuminurie coexistant avec une amygdalite, professée à l'hôpital de la Charité, « de dissocier les deux membres de cette phrase pathologique, pas plus que nous n'avons le droit d'isoler l'endocardite du rhumatisme articulaire aigu, la paralysie de l'angine diphtéritique, etc.

Angine sous-maxillaire et polyarthrite subaiguë sont ici la monnaie de la même pièce, l'expression polymorphe d'une même affection. (*A suivre.*)

(1) *Maladies par ralentissement de la nutrition.* Paris, 1882, page 348.

(2) *Déterminat. articul. des maladies infectieuses.* Thèse de Paris, 1882.

(3) *Des Arthrites infectieuses non tuberculeuses.* Thèse d'agrégation de Paris, 1886, page 18.

(4) *Loco citato*, page 19.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La médecine d'imagination (1).

Ce sont surtout les troubles mentaux qui ont fait le sujet des tentatives de thérapeutique suggestive les plus récentes et les plus remarquées, parmi lesquelles nous devrons citer principalement celles de MM. Auguste Voisin, Séglas, Lombroso.

Il n'est pas sans intérêt de montrer comment encore, dans cet ordre de faits, le diagnostic psychogénique peut guider la thérapeutique. L'évolution de certains délires peut éclairer le rôle curatif de la suggestion.

L'étude du délire alcoolique nous présente à cet égard bon nombre de faits importants qui peuvent servir de guide. On sait que les habitudes du sujet jouent un rôle considérable dans la détermination de la forme des manifestations délirantes des alcooliques ; on dit, à juste raison, que leur délire est un délire professionnel. D'autre part, Lasègue a bien mis en lumière ce fait que l'alcoolique, après avoir eu pendant plusieurs nuits son sommeil troublé par des rêves professionnels ou terrifiants, commence un délire nocturne sur le même thème ; puis enfin le délire nocturne se prolonge dans le jour. C'est cette marche qui a fait dire à Lasègue que le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve ; on peut la retrouver dans toutes les formes du délire alcoolique, même dans cette manifestation aiguë de l'alcoolisme chronique que l'on désigne sous le nom de delirium tremens.

Mais ces caractères ne sont pas exclusifs au délire alcoolique, on peut les retrouver dans le délire hystérique et même dans d'autres délires vésaniques. Ainsi :

I. Mme C... est une hystérique officielle avec hémianesthésie et ovarie, grandes attaques convulsives. Vers la fin de sa grossesse, on lui annonce qu'une de ses cousines a succombé dans le cours d'une folie puerpérale. La première nuit, le souvenir vient se renforcer dans un rêve; les nuits suivantes les images prennent dans le rêve une intensité croissante en arrivant à persister après le réveil; et enfin elles persistent en plein jour; le délire est constitué : elle voit et entend la morte, lui parle, etc., etc.

II. Mme N., 34 ans, présente des stigmates permanents d'hystérie, une hémianesthésie bien caractérisée. Elle a épousé un de

(1) Voir *Progrès médical*, 1884, n° 16. — 1886, nos 35 et 36.

© BIU Santé

ses cousins, qui s'est suicidé en se jetant dans son puits le 13 septembre 1885. Elle fut fort attristée, resta sombre pendant plusieurs semaines, mais sans troubles caractérisés. Le 1er décembre, à la suite d'une contrariété, elle dit : « C'est à se jeter dans le puits ». Elle est frappée du son de ce mot ; et, à partir de ce moment, elle a la formule du délire qui va se développer. La nuit suivante, elle a un cauchemar où figure le puits ; le cauchemar se répète avec plus d'intensité plusieurs nuits, finit par persister dans la période intermédiaire entre le sommeil et le réveil ; enfin, l'idée du puits persiste pendant le jour : elle pense sans cesse à s'y jeter. Peu à peu, on voit se développer des hallucinations corrélatives ; elle voit des puits partout ; elle sent des mains qui la poussent vers le puits ; elle entend des voix qui lui disent : « Tu ne mourras que dans ce puits. » Si elle voit le vrai puits, les idées redoublent d'intensité. Elle ne veut pas déshonorer sa famille par un nouveau suicide de ce genre : elle s'expose au froid dans la neige, dans l'espoir de prendre une fluxion de poitrine, etc.

III. Mme C. appartient a une famille d'aliénés, elle a toujours eu des irrégularités de caractère. Elle a reçu une instruction littéraire et artistique assez soignée ; mais elle s'exagère considérablement sa valeur. Elle a depuis longtemps traité avec un certain mépris son mari qui se contente de fort bien mener ses affaires commerciales ; peu à peu elle s'est éloignée de lui tout en vivant sous le même toit, en accord apparent. Une nuit elle réveille la maison par ses cris, elle avait eu un cauchemar, dans lequel elle avait vu son mari, absent de la maison, se précipiter sur elle avec violence. Le cauchemar se répète pendant plusieurs nuits. Au retour du mari, elle ne peut plus tolérer sa présence et au bout de peu de temps cette répulsion s'étend successivement à son père et à tous les hommes, etc.

IV. Mlle M. a 38 ans, c'est une dégénérée, bien caractérisée tant au point de vue somatique qu'au point de vue psychique, elle a eu des tics convulsifs, des exclamations spasmodiques, des phénomènes impulsifs divers, des accès d'excitation maniaque. A la suite d'une période de calme, elle commençait à s'attrister depuis plusieurs jours, lorsqu'une nuit, elle se réveille en sursaut, elle appelle sa mère prétendant qu'on venait d'enfoncer la porte, et qu'elle avait entendu marcher dans l'appartement. Toute vérification faite, on ne trouva rien d'inquiétant dans la maison ; mais Mlle M., ne peut se rendormir qu'au jour. Le lendemain l'hallucination de l'ouïe persistait, elle avait sans cesse l'oreille tendue, et regardait les portes avec défiance ; la nuit suivante le cauchemar se reproduit avec plus d'intensité, la malade se lève affolée, et se précipite à la fenêtre. A partir de ce moment, on voit se développer une forme de délire de persécution qui persiste plusieurs mois.

V. Mlle A., a 18 ans, elle appartient à une famille de névropathes sans caractères accentués. Elle ne présente pas d'accidents hystériques, mais est très exaltée, et se fait une idée tout à fait hyperbolique de sa valeur intellectuelle : ces particularités de son caractère lui ont déjà fait commettre un certain nombre d'actes au moins déplacés. Ses fonctions organiques s'accomplissaient d'ordinaire régulièrement, son appétit était excellent : un matin elle refuse la viande qu'on lui présente à déjeuner et raconte que la nuit elle a rêvé qu'elle vomissait à la suite d'un repas trop copieux. Tel a été le début d'un accès de sitiophobie qui a duré quatre mois et a laissé après lui une anorexie nerveuse permanente. Les bizarreries de caractère se sont du reste accentuées chez cette jeune fille qui ne paraît pas avoir terminé sa carrière de vésanique.

Quelques-uns de ces faits établissent bien le rôle des circonstances extérieures dans la détermination de la forme du délire et dans son renforcement, et par conséquent la valeur du changement de milieu dans le traitement.

Il est inutile de multiplier les exemples qui montrent le rôle du rêve dans le développement du délire. Il semble que les représentations mentales qui surviennent pendant le sommeil se trouvent renforcées en raison de leur isolement ; les préoccupations de la veille se gonflent pendant cet état jusqu'à se déformer. L'intensité des représentations du rêve et des représentations de la veille semble en rapport inverse de la sensibilité aux excitants extérieurs dans ces deux états. Chez bon nombre de sujets, ces représentations du rêve persistent dans l'état intermédiaire au sommeil et à la veille, et ne disparaissent que lorsque les yeux sont ouverts ; chez quelques-uns, ils persistent plus longtemps, ou peuvent se reproduire dans le jour, à propos d'une excitation périphérique qui a quelque rapport avec le rêve. Chez d'autres, enfin, plus avancés dans la hiérarchie pathologique, ces représentations prennent assez de durée et d'intensité pour s'imposer à la conscience d'une manière permanente, et servir de base à un délire.

L'exagération de la réceptivité mentale dans le sommeil est encore manifestée par la possibilité, chez certains névropathes en particulier, de faire obéir à un ordre qui fût sûrement resté sans effet à l'état de veille, en répétant l'injonction pendant le sommeil naturel pendant plusieurs nuits de suite.

D'ailleurs, chez beaucoup de sujets normaux, le sommeil sert en quelque sorte de caisse de résonnance aux excitations perçues pendant la veille ; c'est ainsi que chez beaucoup d'enfants, le souvenir des choses apprises le soir, est rendu plus actif par cette sorte de mérycisme nocturne.

Le sommeil nerveux, l'état de somnambulisme qui, à des degrés faibles, se confond avec le sommeil naturel, offre une exaspération de cette réceptivité du sommeil normal. Les somnambules acceptent encore plus facilement les images qu'on évoque dans leur esprit et réagissent plus sûrement et plus promptement aux excitations suggérées. C'est grâce à cette circonstance, que le sommeil provoqué constitue un véhicule précieux pour l'administration des idées curatives : il permet d'économiser les doses de suggestion ; mais il n'est pas indispensable, et la médecine d'imagination peut s'exercer sans son secours, comme le montre le fait de Russell Reynolds et beaucoup d'autres observés depuis.

En somme, la valeur thérapeutique de la suggestion a pour base la réceptivité mentale, surtout exagérée dans le sommeil hypnotique.

Cette réceptivité mentale exagérée n'est pas d'ailleurs exclusive au sommeil nerveux. Ce n'est pas une exception absolue en psychologie morbide ; et on peut dire que, dans l'hystérie, elle est pour ainsi dire la règle (1).

(1) Chez les hystériques, les représentations de la mémoire se transforment très facilement en hallucinations, et ces hallucinations jouent souvent un rôle important dans la production des attaques convulsives. Ainsi, X..., âgée de 15 ans, a eu sa première attaque à 12 ans, à la vue d'un pendu qu'elle trouva dans une cave ; toutes les attaques qui se produisent depuis lors sont précédées d'une série d'hallucinations visuelles où figurent : d'abord le pendu, puis des voleurs qui avaient voulu s'introduire dans sa maison un an avant la scène de la cave, puis enfin des hommes qui, quand elle avait 7 ou 8 ans, ont fait sur elle une tentative qu'elle ne peut ou ne veut pas expliquer. Il est vraisemblable que si on arrive à supprimer l'hallucination principale en modifiant le souvenir du pendu, on fera disparaître les attaques. On sera autorisé à faire disparaître la même tentative sur des épileptiques, dont les attaques auraient pour point de départ des hallucinations ou des rêves effrayants. Ce fait, d'ailleurs, est intéressant à d'autres points de vue : il nous montre, en effet, que le dernier choc a réveillé la

© BIU Santé

Certaines substances médicamenteuses ou toxiques peuvent la déterminer. Il est possible, dans le sommeil chloroformique, de provoquer des suggestions persistantes ; et tout le monde sait que chez un sujet chloroformisé, une excitation périphérique peut déterminer des rêves dans le sommeil persistant au réveil. C'est ainsi qu'on a vu des opérateurs accusés, malgré l'impossibilité matérielle, d'attentats divers sur leurs malades. Le haschich, la morphine, créent quelquefois cette même réceptivité morbide. Il en est de même de l'alcool; Lasègue insistait avec beaucoup de raison sur ce fait que l'on peut réveiller l'alcoolique de son délire en l'interpellant brusquement et en obtenir une réponse correcte au milieu de divagations incohérentes; en procédant de la même manière, on peut lui suggérer des hallucinations différentes de celles qu'il présente ordinairement et modifier un instant au moins son délire (1).

En somme, la suggestion dans le somnambulisme, la suggestion à l'état de veille chez certains sujets, ne constitue pas un phénomène exceptionnel : la psychologie morbide nous en fournit des exemples grossiers. D'autre part, l'étude psycho-physiologique de ce phénomène nous montre qu'il est très voisin d'un autre phénomène physiologique plus connu, l'attention, et qu'il s'accompagne des mêmes modifications dynamiques. La suggestion n'est pas une pratique mystique, c'est un phénomène physiologique que l'on est en droit de provoquer dans un but thérapeutique, sous sa responsabilité, comme tout autre phénomène physiologique. Elle peut particulièrement être utilisée dans les conditions où on la voit se produire pour ainsi dire accidentellement, et il est rationnel de la diriger en sens inverse quand on l'a vue produire un trouble morbide. D'ailleurs, à défaut de bonnes raisons, l'observation prouve qu'elle est capable de rendre des services dans bon nombre de cas de paralysies, de contractures hystériques, de spasmes, de chorée de même nature. Les succès obtenus jusqu'à présent par le même procédé dans les troubles mentaux, paraissent aussi se rapporter exclusivement à l'hystérie : M. Voisin a annoncé que les bons effets de la suggestion peuvent s'observer sur d'autres terrains vésaniques ; mais jusqu'à présent, il n'est pas arrivé, il me semble, à démontrer que ses sujets fussent complètement exempts de stigmates hystériques.

Je ne veux pas dire qu'il n'y ait que les hystériques capables d'éprouver les bons effets de la suggestion : les limites de l'hystérie ne sont pas d'ailleurs tellement précises. Peut-être les maladies à lésion peuvent-elles être soulagées dans une certaine mesure; mais pour entraîner la conviction des sceptiques sur ce point, il faudra d'autres observations que celles que M. Bernheim nous rapporte avec le diagnostic de « myélite rhumatismale diffuse subaiguë des cordons antérieurs. »

Ch. Féré.

représentation des chocs antérieurs. Ce phénomène n'est pas sans analognes ; si on expose un œil à la lumière trop vive du soleil et qu'on arrive à produire consécutivement uu scotome dans un point du champ visuel, ce scotome s'efface au bout de quelques minutes ; mais il reparait si, en exposant un autre point de la rétine à la même excitation on arrive à développer un nouveau scotome. Ces exemples qu'on pourrait facilement multiplier, font bien comprendre le rôle des excitations similaires dans le développement de rappels de sensations, d'émotions ou d'épuisements, etc. ; et s'ils peuvent être utiles pour l'étude de la physiologie, de l'association des idées, ils ne le sont pas moins pour montrer l'utilité du changement de milieu dans le traitement de l'hystérie et des vésanies.

(1) Depuis le père Kircher on a souvent démontré la possibilité d'hypnotiser des animaux, mais on a moins souvent, je pense, signalé des faits de suggestion chez les bêtes. J'ai été souvent témoin d'une pratique intéressante de quelques fermières du pays de Caux : lorsqu'il ne se trouve pas dans la basse cour de poule qui soit disposée à couver, elles en choisissent une qui a déjà fait ses preuves de bonne mère, elles lui placent la tête sous une aile, la balancent au bout de leurs bras, et quand la bête est endormie, elles la placent sur un nid où on a préparé des œufs. Quand la poule se réveille, il semble qu'elle se soit installée là d'elle-même, il est rare qu'elle abandonne le nid. C'est un exemple fort curieux de modification de l'instinct par la suggestion et qui semble indiquer que les tentatives d'application de la suggestion à la pédagogie ne sont pas aussi absurdes que M. Desjardins (Arthur) veut bien le dire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 avril 1886. — Présidence de M. Cornil.

25. Epithélioma de la bouche ; opération ; pneumonie. — Mort ; — par M. E. Graverry, interne des hôpitaux.

Le nommé Peb..., officier de santé, âgé de 75 ans, entre le 6 avril 1886 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Dr Després, pour un épithélioma de la muqueuse buccale, avec l'intention bien arrêtée de se faire opérer. Cet homme n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a six mois environ il a commencé à souffrir. Il ressentait des élancements, disait-il, dans la joue gauche; les dents de la mâchoire supérieure de ce côté se sont ébranlées et il a même été obligé d'en arracher quelques-unes. Actuellement il existe une ulcération de la muqueuse gingivale du côté gauche, ulcération qui occupe le fond du sillon formé par la muqueuse de la joue et celle de la gencive. En écartant et en soulevant la commissure labiale gauche, on remarque que l'ulcération s'étend en profondeur et qu'elle remonte sur le maxillaire supérieur ; elle a, en quelque sorte, sectionné le fond du sillon et détruit les adhérences qui relient, à l'état normal, la joue au maxillaire supérieur. Cette ulcération est sanieuse, présente des granulations charnues, mais pas de granulations jaunâtres. On remarque que la muqueuse gingivale est altérée jusqu'au niveau de la ligne médiane et présente dans cette partie un aspect chagriné, granuleux. Il existe un ganglion sous-maxillaire qui est dur, gros, un peu douloureux. L'haleine est fétide. M. Després diagnostique un épithélioma de la muqueuse gingivale.

Le mercredi 14 avril, M. Després opère le malade. Il extirpe d'abord le ganglion qui est adhérent à la glande sous-maxillaire dont une portion est sectionnée. L'artère faciale est coupée pendant la dissection du ganglion. Puis, après avoir arraché les deux incisives supérieures gauches, M. Després fait une incision qui circonscrit la narine gauche et se termine au lobule médian de la lèvre supérieure et au moyen de la pince de Liston, il fait tomber une partie du maxillaire supérieur gauche. En sectionnant avec les ciseaux des lambeaux de muqueuse, l'artère palatine est coupée. L'hémorrhagie est arrêtée avec des tampons de charpie chargés de poudre de colophane. On suture alors la plaie cutanée qui a permis de reséquer le maxillaire. La plaie d'extraction du ganglion est pansée avec de la charpie imbibée d'alcool camphré. Le malade a perdu une assez notable quantité de sang. La température, le soir de l'opération, est à 39°,4. Le malade a pris un peu de bouillon. Jusqu'au 16 avril, la température a oscillé de 37°,5 le matin à 38°,2 le soir. Le 17, elle n'a pas dépassé 36°,9 matin et soir. Le malade se trouvait assez bien, mais il ne pouvait presque pas prendre de nourri-

(1) Bernheim. *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, 1886, p. 272.

© BIU Santé

ture. Le 18, la température a commencé à monter : 37°,5 le matin, 39°,5 le soir. En même temps, il se répandait une odeur fétide dans la chambre. On enlève alors le tampon de charpie et on fait des injections de vin aromatique dans la bouche. Mais sans que le malade ait ressenti de point de côté, il se met à tousser un peu et il s'affaiblit. Le 19, la température est à 38°9 le matin et 39°,7 le soir. Le 20, 38°,1 le matin et 38°,5 le soir. Ce jour-là je fais prendre un peu de bouillon au malade au moyen d'une sonde urétrale que je lui introduis dans la narine gauche. Il meurt le 21 avril à 7 heures du matin avec 39° de température.

A l'AUTOPSIE, que nous pratiquons le 22 avril, nous ne trouvons pas d'épanchement dans la poitrine; mais il existe des fausses membranes récentes à la base du poumon droit; rien à gauche. En incisant le poumon droit, nous trouvons dans son lobe inférieur plusieurs cavités gangréneuses du volume d'une noix environ, d'odeur fétide. Dans le lobe moyen on trouve des noyaux de pneumonie lobulaire qui ne sont pas suppurés. Dans le poumon gauche, il existe de l'hépatisation rouge à la base; des fragments du tissu pulmonaire sont jetés dans l'eau et tombent au fond du vase. Au sommet des deux poumons il existe une masse dure, irrégulière, du volume d'un gros œuf de poule. A la surface de ces masses on voit des plaques blanches de consistance cartilagineuse. Ces deux masses présentent une grande résistance à la coupe et sur la surface de section on voit des noyaux blanchâtres, crétacés. Sur la circonférence, on sent sous le doigt des saillies dures, qui sont probablement dues à des dépôts calcaires. Il s'agit évidemment là de tubercules transformés, crétacés. Nous n'avons rien trouvé de particulier dans les autres viscères.

Il est probable que notre malade est mort d'une pneumonie infectieuse, causée par l'absorption de produits septiques provenant de la plaie buccale et entraînés dans les bronches pendant l'inspiration.

M. BROCA dit que dans une discussion à ce sujet à la Société de chirurgie, M. Monod a conseillé la trachéotomie préventive et la nourriture par la sonde nasale, cette manière de faire permettant de bourrer la bouche de matières antiseptiques, ce qui empêche l'action nocive des particules dégluties.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

(RÉUNION DE BRIGHTON).

Dans la troisième réunion de la section de chirurgie du 13 août l'association s'est occupée de la *chirurgie des centres nerveux*. M. Victor HORSLEY, membre de la société royale de Londres, professeur directeur du Brown Institution, chirurgien de l'hôpital des épileptiques de Queen's Square, a présenté au congrès trois malades qu'il avait trépanés avec succès à la suite d'épilepsie. Il accompagna sa présentation de projections photographiques. M. le Pr Charcot et le Dr Hughlings Jackson prirent part à la discussion. La guérison de ces malades marque un nouveau progrès de la chirurgie et nous montre que l'on peut, sans endommager les facultés intellectuelles et sans danger pour la vie, faire l'ablation d'une certaine quantité de substance cérébrale. Jusqu'ici on n'avait appliqué le trépan chez des épileptiques que dans le but d'enlever des parties osseuses du crâne préalablement fracturé que l'on soupçonnait être la cause des accidents épileptiques ; l'indication de telles opérations était donc un traumatisme. Mais jamais on n'avait appliqué la couronne de trépan et fait l'ablation d'une partie de la substance cérébrale comme traitement direct de l'épilepsie.

Chez deux de ses malades, le Dr Horsley avait eu pour guide une fracture du crâne; mais dans le troisième cas il n'y avait aucune indication externe de la lésion et l'opération a été tentée après des expériences préalables sur des singes. En effet, le Dr Horsley refaisait les expériences de Ferrier sur la localisation des mouvements sur la substance corticale, lorsqu'il se présenta dans son service un malade qui avait souffert pendant plusieurs années d'attaques épileptiques dont l'aura commençait par un mouvement de contorsion dans le pouce et s'étendait ensuite jusqu'au bras. Il produisit expérimentalement le même état chez un singe en lésant le lieu des mouvements du pouce. Il conclut que son malade devait avoir au même endroit une lésion permanente qui était la cause de ces attaques. Il tailla un large lambeau dans le cuir chevelu de préférence à un incision cruciale qui n'aurait pu maintenir la substance cérébrale qui a toujours tendance à faire hernie au dehors et appliqua une couronne de trépan au lieu d'élection. Il trouva ses prévisions réalisées: le malade était porteur d'une grosse tumeur dont il fit l'ablation. La conséquence de cette opération fut l'abolition complète des attaques et le malade, un mois après, s'est trouvé assez bien portant pour pouvoir faire le voyage de Londres à Brighton.

Le succès des opérations du Dr Horsley est d'un intérêt tout particulier comme démontrant la valeur des recherches expérimentales sur les animaux pour le soulagement des hommes.

M. Victor Horsley a lu aussi une note dans la section de thérapeutique relative à des expériences faites en commun avec le Dr Félix Simon, médecin des maladies de la gorge à l'hôpital Saint-Thomas sur l'*action périphérique et différentielle, de l'éther sur les muscles du larynx*.

Ces expériences sont divisées en deux séries. Dans la 1re série, les expérimentateurs coupaient le larynx des animaux morts en leur présence et en étalaient les muscles. De cinq en cinq minutes ils électrisaient successivement tous ces muscles et ils ont toujours constaté que les abducteurs des cordes vocales étaient les premiers à cesser de répondre à l'excitation électrique.

La 2e série est la plus importante au point de vue de la démonstration des faits qu'ils voulaient établir ; c'est-à-dire que, suivant une observation du Dr Hooper, on constate l'abduction des cordes vocales des animaux qui sont sous l'action de l'éther ou des autres anesthésiques. Pour cette démonstration ils ont fait trente-deux expériences sur le nerf récurrent intact ou coupé de vingt animaux dont 3 singes, 8 chiens, 5 chats et 4 lapins, vingt expériences furent faites sur le nerf laryngé intact et douze sur le nerf coupé.

Voici la méthode d'expérimentation : Les animaux étaient placés sous l'action de l'éther ou de deux parties d'éther et une de chloroforme fixés sur le dos et ils subissaient la trachéotomie après laquelle l'anesthésie n'était maintenue que par l'éther. La mâchoire inférieure était levée, la langue tirée en avant, l'épiglotte relevée au moyen d'un fil et de telle façon on inspectait le larynx par en haut. Ils passèrent un fil avec précaution sous le nerf récurrent qu'ils élevaient de 1/2 à 1 centimètre au-dessus de la blessure pour l'excitation électrique ; on élevait ainsi les nerfs pour éviter des erreurs qui pouvaient venir de la diffusion du courant sur les nerfs avoisinants.

Voici le résumé de ces expériences : Chaque fois que l'animal était légèrement sous l'action de l'éther, l'excitation de nerf récurrent intact ou du bout périphérique du nerf coupé donnait toujours l'adduction des cordes vocales. Chaque fois au contraire que l'animal était profondément sous l'action de l'éther, l'excitation dans les mêmes conditions donnait l'abduction des cordes vocales.

Des expériences des Drs Horsley et F. Simon, il ressort : 1° Que le résultat de l'expérience du Dr Hooper est constant, c'est-à-dire que l'abduction des cordes vocales sous l'action de l'éther répond à l'excitation du récurrent, lorsqu'au contraire dans les conditions ordinaires l'excitation du même nerf montre la prédominance des adducteurs sur les abducteurs; 2° que le résultat est le même que le nerf soit intact ou sectionné.

Robert SOREL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 août 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos du procès verbal, M. DESNOS ajoute quelques remarques au mémoire de M. DESPLATS sur la rubéole présenté dans la dernière séance. Il insiste sur le polymorphisme de l'éruption, la fréquence des adénopathies, enfin l'existence de la fièvre beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit (1).

(1) Nous nous réservons de revenir sur la communication de M. Desplats et la discussion à laquelle elle a donné lieu. (*Note de la Rédaction.*)

© BIU Santé

M. KELSCH annonce par lettre la mort du Dr ZUBER, emporté par un accès pernicieux à Haï-Phong.

M. GUYOT présente un malade auquel il a pratiqué au milieu de janvier une seule ponction pour un kyste hydatique du foie suppuré. La ponction donna issue à 1500 gr. de pus; depuis lors, l'état général se releva complétement, si bien que le malade peut être aujourd'hui considéré comme complètement guéri.

M. DEBOVE lit un mémoire sur *l'apoplexie hystérique*. Il s'agit d'un malade, âgé de 31 ans qui perdit subitement connaissance et resta dans cet état pendant 12 heures. Revenu à lui, il resta hémiplégique gauche complet pendant deux heures, puis la paralysie diminua; il y avait encore le lendemain de l'affaiblissement très marqué de la force du côté gauche, avec hémianesthésie sensitive et sensorielle complète, diminution du champ visuel, achromatopsie pour le violet. Au moyen de l'aimant, on obtint aux membres supérieurs, le transfert qui varia plusieurs fois, la réapparition de la sensibilité étant toujours accompagnée du retour de la motricité. M. DEBOVE, à ce sujet, rappelle ses anciens mémoires sur ce dernier point; il établit qu'il ne peut s'agir là de lésion matérielle et que, de par ses caractères, cette forme clinique doit être rangée dans l'hystérie: le meilleur terme à employer pour la désigner doit être celui d'*apoplexie hystérique*.

M. LETULLE, au nom d'une commission composée de MM. DEBOVE, JOFFROY et LETULLE, lit un long rapport sur la contagion directe de la fièvre typhoïde. A la suite de la communication de M. DEBOVE à la société médicale (12 mars 1886) cinq médecins de province envoyèrent plusieurs observations que la commission a étudiées et classées en 3 groupes; 1° *Cas isolés*. Deux observations où des sujets furent atteints de fièvre typhoïde quelques jours après avoir rendu visite à des dothiénentériques. Les voyages faits à Paris par ces sujets, peu avant le début de leur maladie, ne permettent pas de considérer ces observations comme indiscutables. 2° *Contagion nosocomiale*. Le rapporteur discute les faits récemment cités lors de la discussion sur ce sujet, à la Société Médicale, et en ajoute quelques nouveaux. Celui du Dr VIGER (aide-major à Niort) est fort intéressant: un infirmier d'un service de chirurgie, vient un *seul jour*, soigner les typhiques; en lavant la bouche d'un typhique ayant de la gangrène du pharynx, il reçut sur la face et jusque dans la bouche, des débris rejetés par le malade; huit jours après il s'alitait: Il eut une fièvre typhoïde grave. 3° *Epidémies de maison*. Dans le cas du Dr LARDIER, une malade est atteinte de fièvre typhoïde, deux personnes habitant la même maison sont atteintes à la suite. Un enfant qui venait dans la maison prend la maladie, l'emporte chez lui et la communique à sa mère et à son frère. L'observation du Dr GAUTHIER montre un jeune homme arrivant, atteint de fièvre typhoïde, dans une ferme très saine où il se déclare 8 jours après son arrivée une petite épidémie, exclusivemet localisée à cette ferme, et qui frappe successivemet tous les habitants (sauf un) ainsi que les parents venus pour aider, soit en tout 12 personnes.

M. LETULLE formule une série de conclusions dans lesquelles il admet que la doctrine de la contagion médiate exclusive paraît trop absolue; il pense que des faits ultérieurs permettront sans doute d'établir le possibilité d'une contagion directe.

MM. SIREDEY et KELSCH s'associent aux conclusions du rapporteur et signalent quelques faits de contagion de maisons ou nosocomiale.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rapporte l'histoire d'un malade chez lequel on diagnostiqua une cirrhose alcoolique avec ascite. Le 10 mars, une ponction donna issue à 5 litres et demi de liquide clair; il se reproduisit un peu les jours suivants, puis finit par disparaître complètement. Le 26 mai, le malade est absolument guéri, cependant le foie reste gros. Le malade sort, il se grise et revient le lendemain avec une pneumonie à laquelle il succombe. A l'autopsie ou trouve un gros foie cirrhosé et graisseux et une rate volumineuse. — M. BEAUMETZ insiste sur le traitement qu'il a employé dans ce cas: l'hippurate de chaux à la dose de deux à quatre grammes par jour. Il recommande son emploi le cas échéant.

L. CAPITAN.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne.

Vienne, 16 août 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une récente séance de la Société médicale império-royale de Vienne, M. Gärtner (assistant de M. Stricker à la chaire de pathologie générale et expérimentale) et M. Lustgarten (assistant de M. Kaposi à la chaire des maladies cutanées) firent une communication intéressante sur la cautérisation électrolytique dans les cas de lupus. M. Gärtner fit d'abord quelques remarques générales sur les lésions produites par le courant électrique; elles sont produites dans de pareils cas, dans deux conditions (se renforçant mutuellement l'une l'autre): premièrement par le fait que les tissus eux-mêmes sont sujets à un phénomène de décomposition électrolytique, et deuxièmement par l'effet chimique de l'électrolyse et des soi-disants « cônes » dont l'affinité chimique est très forte par suite du « status nascendi » dans lequel ils se trouvent. Au-dessous de la cathode se développe l'hydrogène, auquel Hoppe-Seyler attribue une grande force, et des alcalis; il était donc évident que l'effet électrolytique de la cathode devait être considérée comme une sorte de cautérisation par le protoxyde de potassium. M. Gärtner dit que la peau couverte par l'électrode, est très rarement détruite et que l'on observe presque toujours des croûtes (des escharres) isolées, disséminées dans la peau normale.

Les places cautérisées sont celles sur lesquelles le courant rencontre une moindre résistance conductrice, de sorte que l'électrolyse y peut exercer son effet, et après la destruction de l'épiderme par l'alcali, l'effet est encore plus grand, la cautérisation se continua aussi dans la profondeur, tandis que le courant n'a aucun effet sur les parties limitrophes mauvaises conductrices. L'électrode étant appliquée à une partie de la peau dans laquelle il y a des places couvertes de peau normale et d'autres où la peau est dépourvue de son épiderme, ou dans lesquelles l'épiderme est relâché, seulement un effet sur ces dernières parties; comme le courant électrique y rencontre une moindre résistance, ces parties-ci sont cautérisées, tandis que celles couvertes de peau normale restent intactes. M. Gärtner remarque le fait que la cautérisation électrolytique ne cause pas de douleurs quand on promène le courant électrique avec les précautions nécessaires.

Il a essayé jusqu'ici la cautérisation électrolytique avec M. Lustgarten, dans des cas de lupus, en se servant du matériel de la clinique de M. Kaposi. M. Lustgarten entretint la Société des succès de ces recherches et de la méthode qu'ils avaient employée dans les cautérisations électrolytiques sur des lupeux. Il a pratiqué la cautérisation à la clinique de M. Kaposi dans sept cas de lupus, dont six sur les extrémités et un à la face. Pour la cautérisation, ils se servirent d'un courant d'une intensité de 5 à 8 milliampères qui était produit par une batterie de 24 éléments d'acide chromique.

Pour régler le courant électrique, ils employèrent le rhéostat de Gärtner. L'électrode positive consistait en un rhéophore fixable, entouré d'une éponge et qui avait été fixé à une partie du bras; comme électrode négative, ils employèrent un disque (bombé) d'argent fin entouré d'un bord de gomme dure; ils évitèrent ainsi la cautérisation au bord de l'électrode métallique. La durée de l'action du courant était de dix minutes. Après l'enlèvement de l'électrode on voit la place lupeuse excoriée, il s'en écoule un liquide glutineux et fortement alcalin, tandis que la peau normale au-dessous de l'électrode reste intacte. Après quelques heures, on trouve déjà sur les places cautérisées des eschares coriaces (comme du cuir) et d'une couleur bleue, au-dessous desquelles la guérison se produit au bout de quelques jours sans suppuration.

Un cas très important, au point de vue hygiénique, a été communiqué à la même société par M. Hofmokl.

Il s'agit d'un enfant âgé de 8 mois sur lequel la circoncision avait été pratiquée huit jours après la naissance, l'arrêt de l'hémorrhagie ayant été fait par le circonciseur qui prit, comme d'ordinaire, la verge dans sa bouche.

M. Hofmokl qui avait traité cet enfant depuis six mois et

© BIU Santé

qui l'avait présenté à la société, remarqua que la plaie causée par la circoncision ne se fermait pas et qu'il avait observé, sept semaines après la circoncision, sur le bord de la verge, sur le reste de prépuce, un petit ulcère d'une couleur grise et des tuméfactions des glandes inguinales des deux côtés. Le traitement avec de l'iodoforme, de même que le traitement antisyphilitique n'eut aucun effet, et on ne savait s'il était, dans ce cas, question d'une infection tuberculeuse en syphilitique. Comme l'ulcère s'agrandit et comme la tuméfaction des glandes inguinales augmentait, quelques-unes d'elles présentant aussi l'état de suppuration, M. Hofmokl chloroformisa l'enfant et lui extirpa trente glandes inguinales de la grosseur d'une noisette, en partie caséeuses, en partie en état de suppuration ; l'ulcère fut scarifié superficiellement par le thermocautère.

M. Weichselbaum trouva des bacilles tuberculeux dans les glandes, de sorte qu'il n'y a pas de doute qu'on eut dans ce cas affaire à une affection tuberculeuse. M. Hofmokl rappelle à la société la communication qui a été faite par M. V. Bergmann au dernier congrès de chirurgiens, à Berlin, dans laquelle il a dit avoir observé une sorte d'épidémie de tuberculose des glandes inguinales sur des enfants juifs qui avaient été circonscis d'après les prescriptions rituelles et s'être convaincu que le rabbin qui avait pratiqué l'acte entier (la circoncision et l'arrêt du sang) avait un ulcère tuberculeux sur la langue. Il est donc probable, la mère et la nourrice de l'enfant en question étant saines, que l'affection tuberculeuse avait été causée par la circoncision.

Le ministre de l'instruction publique, M. von Gautsch, vient de transmettre une circulaire au collège professoral de la faculté de médecine de Vienne, relative à l'affluence des étudiants en médecine à ladite faculté. Ayant pris note des plaintes relatives au manque d'espace existant à la Faculté de médecine de Vienne qui empêche un grand nombre d'étudiants de suivre les cours avec succès, surtout ceux de démonstrations, M. von Gantsch invite le collège professoral à proposer la diminution des étudiants qui veulent fréquenter cette faculté, et de n'en accepter qu'un certain nombre. M. von Gautsch indique en passant la façon de procéder dans un cas pareil, c'est-à-dire, d'examiner à la réception des étudiants à la faculté de médecine de Vienne, quels sont les candidats qui sont forcés de fréquenter cette faculté. On attend ce que fera le collège professoral médical de Vienne. En n'accordant l'accès de la faculté qu'à un certain nombre d'étudiants choisis, cette mesure serait une véritable révolution faite au détriment de la grande réputation de la faculté médicale Viennoise elle-même. Les étrangers qui ont jusqu'à présent puisé dans les vastes ressources que leur offre cette faculté, et qui en ont fait dans leurs pays honneur à la faculté qui les a instruits, seraient, si cela se réalisait, forcés d'y renoncer en grande partie.

M. V. Arlt est gravement malade d'une embolie de l'artère tibiale gauche qui a déterminé une gangrène du pied et de la jambe. M. Wölfter, professeur extraordinaire à la faculté de médecine de Vienne et ex-assistant de M. von Billroth, est nommé professeur ordinaire à la faculté de médecine de Graz (en Styrie), la chaire de chirurgie devenue vacante par la retraite (à cause de l'âge avancé) du professeur von Rzehaczek.

Veuillez, etc. LEIBOWITZ.

A propos de l'étiologie du psoriasis.

Strasbourg, 6 septembre 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Je trouve dans le dernier numéro du *Progrès médical le compte rendu* (1) d'une conférence que j'ai faite au congrès international de Copenhague en 1884 ; votre collaborateur me fait l'amabilité de dire que « ce travail était embrouillé. » Je me permettrai de vous faire remarquer que, si quelque chose est bien embrouillé et ne répond absolument pas à ce que j'ai dit dans mon discours, c'est bien l'analyse de votre collaborateur.

(1) Car le travail n'a jamais été publié.

Ainsi, *je n'ai jamais cru* à l'hérédité du psoriasis et *ne me suis jamais demandé* s'il était héréditaire. J'ai dit, au contraire, que l'une des objections que l'on faisait à Lang contre la nature parasitaire du psoriasis était le fait que le psoriasis passait pour une affection héréditaire et j'ajoute : pour ma part, je n'ai pu le plus souvent et dans le plus grand nombre de cas trouver l'hérédité et il me semble que c'est plutôt la disposition qui s'hérite. D'un bout à l'autre, le compte rendu est fait dans le même sens et il est probable que votre collaborateur aura eu sous les yeux une analyse mal faite ou qu'il a compris fort mal le texte allemand.

C'est ainsi qu'il me fait dire :

« Les efflorescences venues après les pommades irritantes sur le corps et du côté des ongles, font voir que, si le *parasite est de nature mycosique* et s'il ne vient pas du dehors, c'est que probablement il est contenu dans les substances ingérées et déposé ensuite par la circulation sur les points indiqués comme préformés !!!.....

Veuillez agréer, etc. Prof. A. WOLF.

VARIA

École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre (1).

M. Imard a donné ensuite la parole à M. Bourneville qui a prononcé le discours ci-après :

Mesdames, Messieurs,

Jeudi dernier, à la distribution des prix et à la remise des diplômes à la Salpêtrière, nous disions que nous réservions les remarques que nous avions à présenter sur les écoles de la Pitié et de Bicêtre aux distributions des prix de ces Ecoles. C'est ce que nous avons fait samedi à la Pitié, c'est ce que nous allons faire aujourd'hui pour l'Ecole de Bicêtre. Disons-le de suite : ici, comme à la Pitié, nous n'avons que des éloges à adresser à M. le Directeur pour s'être conformé aux prescriptions formelles de M. Peyron en ce qui concerne l'assiduité aux cours, la participation aux compositions, l'assistance régulière aux exercices pratiques. Vous avez répondu, non pas encore d'une façon parfaite, à ses recommandations pressantes, à ses ordres, mais certes avec un zèle beaucoup plus grand que par le passé. Tout d'abord nous allons jeter un coup d'œil sur les travaux de l'année. Vous avez tous fait des progrès notables à l'Ecole primaire. Nous en remercions vos instituteurs M. Boutillier et M. Boyer et leurs collaborateurs, Mlles Bl. Agnus, B. Lenglet, Breuillard et MM. Siegel, Miélot, Dubois.

M. le Directeur a continué à vous donner des dictées sur le cours d'administration et l'an prochain vous aurez, pensons-nous, votre manuel complété ; vous avez fait aussi en dictées la 1re partie de la traduction du manuel de l'Association médico-psychologique anglaise, sur les soins à donner aux aliénés. Vous aurez la suite à la reprise des cours.

Les trois compositions données pour chaque cours ont été, faites exactement par les infirmiers et surtout par les infirmières. Nous avons continué à vous apprendre la vaccination et l'épilation, car malheureusement, par suite d'un défaut d'organisation, qui heureusement va bientôt disparaître, nous avons ici un nombre beaucoup trop considérable d'enfants atteints de la teigne ; plus que par le passé, nous avons cherché à enseigner à quelques-unes d'entre vous, à compter le pouls et la respiration et à prendre la température des malades. Tous les infirmiers et les infirmières de la 3e section, appartenant au premier cours, ont été exercés à prendre des notes sur les malades. C'est là un exercice excellent, que nous essaierons d'étendre à tous les services de cet hôpital et aux écoles de la Salpêtrière et de la Pitié. Ajoutons que plusieurs leçons sur la vaccination, sur les soins à donner d'urgence dans certains accidents, et sur les soins à donner aux femmes en couches vous ont été faites par nos internes, MM. Conzette, Isch-Wall, Baumgarten et Pilliet, qui, dans le service, ne manquent aucune occasion de donner des conseils pratiques aux infirmiers et aux infirmières. Nous les remercions vivement de leur bienveillant concours. Vos efforts ont été récompensés. Cette école, en effet, a obtenu 22 diplômes sur 70 dont cinq pour les hommes et 17 pour les femmes.....

(1) Voir *Progrès médical* n° 36.

© BIU Santé

Les élèves infirmières de cette école ont bénéficié des laïcisations qui ont été faites durant l'année. En effet, huit d'entre elles ont passé, avec avancement, à l'hôpital Cochin et aux Enfants-Assistés. En ce qui concerne les infirmiers, nous prions encore et très instamment, M. le Directeur de l'Assistance publique de prendre, parmi les infirmiers diplômés, les suppléants et les sous-surveillants, dont il aura besoin, ici ou dans les autres hôpitaux. Nous demandons aussi que, lorsqu'on ouvrira enfin la Division des hommes de l'Asile de Villejuif, que l'architecte se décidera peut-être à terminer, une partie des sous-employés soit prise dans cette école, conformément à la promesse formelle faite par M. le préfet, l'autre partie devant être prise à l'Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile clinique. Notre demande, vous le savez, trouve sa justification dans ce fait que l'Ecole de Bicêtre a été créée pour fournir des sous-employés et à l'Assistance publique et aux Asiles d'aliénés. C'est pourquoi, d'ailleurs, elle reçoit chaque année une subvention du Conseil général.

Travaillez donc, messieurs, redoublez tous d'ardeur, et que ceux qui ont approché du but, au point de vue du diplôme, se préparent activement à faire les compositions qui leur manquent.

Nous vous disions, en commençant, que nous n'avions que des éloges à vous adresser. Cependant nous avons une réserve à faire, c'est que, cette année, comme les années précédentes, il y a eu, dans cet hospice, encore trop de mutations. C'est un mal qui n'est pas spécial à cet établissement. Il est malheureusement commun à tous les établissements hospitaliers. C'est ainsi qu'à la Pitié, sur 53 infirmiers, il y a eu, du 31 juillet 1885 au 31 juillet 1886, 86 mutations; — que sur 40 infirmières, il y en a eu 52; — à Bicêtre, sur 193 infirmiers, il y a eu 177 mutations, et 14 sur 72 infirmières.

C'est pour diminuer autant que possible ces mutations, si préjudiciables aux malades, que nous avons réclamé la création des Ecoles et proposé un certain nombre de mesures à l'Administration. Depuis l'arrivée de M. Peyron à la tête de l'Assistance publique, plusieurs de ces mesures, destinées soit à perfectionner l'enseignement des Ecoles, soit à améliorer le sort des infirmiers et des infirmières, ont été réalisées. Les déclarations formelles de M. Peyron, dans ses discours de 1885, et dans ceux qu'il vient de prononcer à la Salpêtrière et à la Pitié, montrent qu'il se préoccupe vivement d'accomplir quelques autres de ces réformes.

Laissant de côté ce qui a trait à votre nourriture, à un meilleur aménagement de vos logements, aux avantages, à mon avis très sérieux de l'habitation au dehors d'une partie des surveillantes et sous-surveillantes, des surveillants et sous-surveillants, au remplacement des infirmières et des infirmiers sortants par les élèves externes récompensées ou par les meilleures infirmières des autres hôpitaux, à l'invitation qu'ils convient d'adresser aux anciennes élèves des écoles afin qu'elles fassent les compositions qui leur manquent pour avoir leur diplôme, nous ne parlerons, ou plutôt nous ne reparlerons que du changement de service des infirmières et des infirmiers, de l'élévation du traitement du service de nuit et de l'obligation de la revaccination.

Nous persistons à réclamer instamment des directeurs des Hôpitaux-Ecoles qu'ils fassent passer tous les élèves, hommes et femmes, qui appartiennent au premier cours, sinon dans tous les services de leur établissement, au moins dans un des services de chaque catégorie et aussi dans tous les services généraux. Déjà des essais ont été faits, mais nous avons pu constater en interrogeant les 363 infirmières ou infirmiers auxquels nous avons fait passer des examens il y a quelques jours, que ces changements de service sont excessivement peu nombreux. Nous avons la conviction qu'ici, à la Salpêtrière, et même à la Pitié, MM. les Directeurs peuvent opérer ce roulement sans nuire en aucune façon au service et qu'en expliquant aux médecins et aux chirurgiens de ces maisons le but que l'on poursuit; — en leur donnant une bonne infirmière à la place de celle qu'on leur enlève; — en ne prenant qu'une infirmière à la fois dans chaque salle, nous avons la conviction que les directeurs n'éprouveront aucune résistance. Quant à vous, vous en retireriez un bénéfice considérable, sous le rapport de votre instruction, de votre expérience et de votre autorité. Nous sommes entré naguère dans assez de détails sur ce sujet pour qu'il soit superflu d'insister davantage.

En ce qui concerne votre traitement mensuel, vous vous souvenez des augmentations votées par le Conseil municipal; vous vous souvenez aussi que nous avons montré qu'il serait nécessaire de porter ce traitement de 25 à 30 fr. Les conditions budgétaires actuelles ne permettent pas ce surcroît de dépenses; toutefois, nous croyons qu'il serait possible d'indiquer qu'on ne le perd pas de vue, en accordant, dès l'an prochain, une augmentation mensuelle de cinq francs à toutes les infirmières et infirmiers, à toutes les suppléantes et suppléants sous-surveillants et sous-surveillantes *diplomés*.

En prenant des renseignements sur chacun de vous, sur vos camarades de la Salpêtrière et de la Pitié, nous avons constaté une fois de plus la nécessité d'une réorganisation complète du *service de nuit*. L'année dernière, dans une autre enceinte, nous en avons déjà entretenu M. le Directeur. Voici ce que nous lui disions :

« Durant la nuit, les grands malades exigent des soins tout aussi minutieux, sinon plus, que pendant le jour; ils ont besoin de prendre les médicaments prescrits; ils ont besoin d'avoir les mêmes soins de propreté. Les convalescents, par exemple les typhiques, doivent être alimentés, soutenus, à des intervalles réguliers; cette alimentation doit être surveillée avec la plus grande rigueur. Cet ensemble de soins exige des personnes instruites, expérimentées, d'autant plus que la nuit, malgré toute la bonne volonté du monde, les facultés intellectuelles sont moins éveillées; on se trouve embarassé en face d'incidents qui, le jour, ne nous causeraient aucun ennui. Eh bien, à quelles personnes confie-t-on ce service si difficile, si délicat? Aux personnes les plus inexpérimentées. Jusqu'ici on ne s'est pas rendu un compte suffisant de la nécessité de réformer complètement ce service de nuit qui, tel qu'il est, a de déplorables conséquences. Un fonctionnaire hospitalier nous disait, il y a quelque temps, parlant d'une personne qui demandait une place d'infirmière : « Je ne puis la prendre comme infirmière de jour, parce qu'elle ne sait rien, n'ayant jamais soigné de malades; je la prendrai comme veilleuse. » Un autre fonctionnaire, résumant, à cet égard, ce qui se fait dans tous les établissements, nous disait : « Ce sont les derniers venus, ce sont les dernières venues qui prennent la veille. »

Les renseignements nouveaux que nous avons recueillis ici, à la Salpêtrière et à la Pitié, nous ont prouvé que beaucoup d'infirmiers et d'infirmières avaient débuté, soit dans ces établissements, soit dans tous les autres hôpitaux, Hôtel-Dieu, Lariboisière, etc., comme veilleurs ou veilleuses, alors que ni les unes ni les autres n'avaient jamais auparavant donné de soins aux malades. C'est là une situation qui ne peut se prolonger. Il est du devoir de M. le Directeur de l'Assistance publique de prendre les mesures nécessaires pour y mettre un terme. Il y va de l'intérêt des malades, de l'économie de la vie humaine et, dussent les adversaires de la laïcisation protester encore une fois contre les dépenses qu'occasionnera peut-être cette réforme, il doit demander au Conseil municipal, s'il y a lieu, les crédits nécessaires.

Un accident fâcheux survenu dans cet hospice, la mort d'un infirmier par suite de variole noire, contractée dans notre service, où deux cas de varioloïde s'étaient déclarés, nous engage à réclamer encore de l'Administration qu'elle exige à l'avenir des nouveaux infirmiers et des nouvelles infirmières, qu'ils se fassent revacciner ou présentent un certificat récent de revaccination. Quant à vous, nous ne saurions trop vous conseiller de vous soumettre à cette petite opération si simple et si peu douloureuse, afin d'éviter le sort de votre camarade. Nous avons, à ce moment, chargé l'un de vos maîtres, notre ami M. le Dr Bricon, de vous transmettre notre avis et de vous dire que nous étions à votre disposition. Nous avons eu le regret de constater que bien peu d'entre vous avaient profité de nos offres. Nous les maintenons et nous serions heureux de vous voir en profiter.

Disons d'ailleurs que cet accident, n'en déplaise aux détracteurs des laïques, n'a déterminé le départ d'aucun d'entre vous. Nous avons eu ici, autrefois, une épidémie de diphtérie; nous avons eu cette année deux cas de mort occasionnés par la même maladie si contagieuse et, ni autrefois, ni cette année, aucune de nos infirmières n'a quitté son poste. Tous ceux qui sont un peu au courant de l'organisation hospitalière savent fort bien

© BIU Santé

que dans les hôpitaux encore confiés aux religieuses il y a tout un personnel laïque, deux ou trois fois plus nombreux que les sœurs, qui nettoie les typhiques, les varioleux, les diphthéritiques, les cholériques, qui leur donne les soins les plus immédiats et les plus dangereux, qui les ensevelissent et les portent même à la salle des morts. Rappelons en passant que, si l'on en croyait certain document administratif, lors de l'épidémie cholérique de 1832, plusieurs des services de cholériques auraient été confiés exclusivement à des infirmières laïques.

Ces faits s'ajoutent à tous ceux que nous avons déjà cités. La conduite de vos compagnes dans les autres hôpitaux où existent des services consacrés aux maladies contagieuses, le dévouement et la fidélité à leur poste dont elles ont fait preuve durant les dernières épidémies de choléra, ont mis à néant cet argument invoqué par nos adversaires : que les surveillantes et les infirmières laïques abandonneraient leur service dès qu'il y aurait des dangers à courir.

C'est parce qu'il n'y a eu ni découragement ni désertion, que, en dépit des oppositions les plus violentes et les plus injustes, l'Administration a pu poursuivre la réforme tant de fois réclamée, et dans des termes si pressants, par le Conseil municipal. Laissez-moi maintenant vous rappeler ce qui a été fait depuis 1878 :

L'hôpital Laennec a été laïcisé à la fin de 1878, M. Ferdinand Duval étant préfet, quoi qu'il en dise, et bien qu'il s'en repente; — La Pitié, le 1er octobre 1880; — L'hospice de La Rochefoucault, en janvier 1881; — L'hospice des Ménages, en juillet 1881; — L'hôpital Saint-Antoine, le 1er août 1881 ; — L'hôpital de Lourcine, en juillet 1882; — L'hôpital Tenon, en juillet 1882; — L'hospice d'Ivry, en février 1885.

Rappelons que Bicêtre, la Salpêtrière, le Midi, la Maternité, l'hôpital des Cliniques (aujourd'hui Clinique d'accouchements), la Maison de Santé, Sainte-Périne, ont toujours été ou sont depuis longtemps confiés à des laïques.

Rappelons aussi que l'hôpital Bichat, l'hôpital Andral et l'hôpital Broussais, créés dans ces derniers temps par le Conseil municipal et l'Administration, ont été donnés immédiatement à des laïques.

Durant l'année scolaire qui vient de finir, la laïcisation a été continuée régulièrement par l'honorable M. Peyron : L'hôpital Cochin a été laïcisé le 21 décembre 1885, et l'hospice des Enfants-Assistés le 1er avril 1886.

Enfin, il y a huit jours, M. Peyron a obtenu du conseil de surveillance de l'Assistance publique la laïcisation de l'hôpital Necker, de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital de Forges-les-Bains.

En exceptant l'hôpital de Berk-sur-Mer et les fondations de la Roche-Guyon, Chardon-Lagache, Brézin, sur 30 hôpitaux et hospices de Paris, il ne reste plus que 6 établissements à laïciser.....

Nous venons de parler des *fondations* et nous les avons mises en dehors, quant à présent, de la liste des hôpitaux à laïciser. Suivant nous, elles devront être, dans un avenir plus ou moins prochain, laïcisés à leur tour. Nous partageons, au sujet de ces fondations, l'opinion de Diderot, que rappelait récemment notre ami, M. le Dr Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance :

« L'utilité est la loi suprême, écrivait Diderot, il y a plus d'un siècle, et ne doit être balancée ni par un respect superstitieux pour ce qu'on appelle l'*intention des fondateurs*, — comme si des particuliers ignorants et bornés avaient eu le droit d'enchaîner à leurs volontés capricieuses les générations qui n'étaient point encore — ni par la crainte de blesser les droits prétendus de certains corps, comme si les corps particuliers avaient quelques droits vis-à-vis de l'État. Les citoyens ont des droits et des droits sacrés pour le corps même de la société... Mais les corps particuliers n'existent point par eux-mêmes, ni pour eux; ils ont été formés pour la Société, et ils doivent cesser d'être au moment qu'ils cessent d'être utiles. »

Autrefois, et encore de nos jours, des fondateurs s'imaginent que les sœurs sont seules capables de bien soigner les malades, et que les consolations religieuses sont celles qui leur conviennent le mieux. En cela, ils se sont trompés et se trompent étrangement. A l'époque où la plupart de ces fondations ont été faites, on ne connaissait d'ailleurs au moins en France que les religieuses ; mais, depuis, de nouveaux besoins sont survenus, L'indifférence religieuse et l'athéisme même sont allés sans cesse progressant.

Voilà donc un des motifs, les besoins religieux, qui ont fait choisir les sœurs et dont la raison d'être n'existe plus. D'autre part, les progrès de la science exigent auprès des malades des agents instruits. Et, comme il est de la nature même des religieuses de conserver immuables leurs traditions, de considérer l'instruction comme pernicieuse, il s'ensuit que forcément nous devons faire disparaître de toutes les fondations, des religieuses qui n'y seraient pas placées aujourd'hui par leurs fondateurs, car elles ne peuvent pas donner les secours reconnus indispensables aux malades pour lesquels, en somme, les fondations ont été créées.

Nous devons ajouter, et c'est là une remarque qui a été faite aussi par Diderot, que, avec le temps, les ressources de quelques-unes de ces fondations sont devenues insuffisantes et que si l'on exécutait à la lettre les prescriptions des fondateurs, il n'y aurait bientôt plus de revenus que pour entretenir les religieuses et les aumôniers. Telle est, par exemple, la situation de la fondation Brézin.

C'est dans ces fondations, ainsi que dans un grand nombre d'hôpitaux de province, qu'on trouve un nombre véritablement exagéré de religieuses et d'aumôniers par rapport à la population des malades, ainsi que nous avons eu maintes fois l'occasion de nous en assurer. Sur ce point, au lieu de vous citer les faits que nous avons recueillis, nous croyons préférable de vous donner l'opinion de M. l'inspecteur Regnard :

« Au point de vue *économique*, dit-il, les religieuses sont une ruine pour un grand nombre d'établissements. J'insiste sur ce point, parce que c'est ici le grand cheval de bataille des bureaucrates et des cléricaux honteux, qui se retranchent derrière la question budgétaire pour défendre les congrégations dites hospitalières. Je pourrais citer encore tel Bureau de Bienfaisance qui, comme celui de Blois, réalise depuis la suppression des Sœurs, une économie de 10,000 fr. par an. Mais me plaçant sur le terrain des généralités, je ferai observer simplement que, dans un nombre considérable d'hôpitaux, le personnel religieux grève le budget d'une façon choquante. En vain me dira-t-on que ces dames ne reçoivent que 150 ou 200 fr. de vestiaire, parfois même rien du tout, comme c'est le cas dans certaine ville. Mais, en vérité, à quoi servent les 46 religieuses *nourries* — je ne parle que de celles-là — qui remplissent les hospices de cette ville? Rien qu'à l'Hôtel-Dieu, pour une moyenne de 80 à 100 malades par jour; il y a 49 servants, dont 28 religieuses, sans compter les novices non nourries (?), c'est-à-dire une personne pour deux malades à peine! Cela double tout simplement le prix des journées, au point de vue de la nourriture. Ailleurs, on trouve 5 sœurs et 5 servants pour une moyenne de 9 malades! Et ces faits, qu'on l'entende bien, sont loin d'être exceptionnels. Même sous l'Empire, les inspecteurs généraux les signalaient: « Le prix fort élevé de la journée, dit l'un d'eux, est dû surtout à la proportion excessive des sœurs et des servants comparativement au nombre des malades à soigner. » La vérité est que, dans la plupart des hôpitaux, on pourrait aisément supprimer les trois quarts du personnel dirigeant, de telle sorte qu'en rétribuant convenablement les surveillantes laïques mises à la place des religieuses — qui sont censées ne rien coûter — on réaliserait encore de notables bénéfices. Et cela sans parler même des potagers, jardins, vacheries et autres biens exploités directement et que ces dames religieuses traitent trop souvent comme leur domaine propre; sans parler encore de la déplorable institution des ouvroirs, où l'on retient de malheureuses filles auxquelles on n'apprend rien, et qui travaillent pour la Communauté, au détriment de l'industrie privée et aux frais de l'hospice (1). »

Voilà des faits dont il est impossible de contester l'exactitude. Nous ne reviendrons pas sur les autres motifs, et ils sont nombreux, qui justifient la laïcisation. Nous comptons sur vous, Mesdames, pour nous aider à accomplir cette grande réforme. Nous vous avons conviées à travailler pour améliorer votre sort, pour vous donner un bien que vous ne possédiez pas ou que vous possédiez incomplètement, l'instruction. Grâce à votre travail persistant vous permettez la réalisation d'une véritable réforme sociale dont les esprits éclairés et les honnêtes gens commencent à comprendre et l'utilité et l'importance (2).

(1) C'est ce qui existe, par exemple, à Avranches.

(2) A l'Hôtel-Dieu de Granville, on a réalisé, chaque année, un bénéfice de près de 40,000 francs depuis que l'Économat a été enlevé aux sœurs et donné à un employé laïque.

© BIU Santé

Limite d'âge.

Si nous en croyons la *Tribune médicale* (22 août 1886), la mise à la retraite récente de trois professeurs de la Faculté de médecine de Paris aurait soulevé une certaine émotion parmi plusieurs de leurs collègues ; nous espérons qu'ils auront encore plus d'une fois l'occasion d'être émotionnés si le ministre fait droit entièrement aux justes réclamations du public médical.

La *Tribune* ajoute ensuite avec raison :

« Nous ne comprenons pas, en vérité — en dehors du parti-pris ou de la préoccupation excessive de soi qui porte à sacrifier à l'intérêt personnel tous les intérêts, fussent-ils les plus sacrés parmi les intérêts d'ordre général public et national — nous ne comprenons pas ces singulières dispositions à accueillir l'application d'une mesure tellement justifiée, tellement devenue nécessaire qu'elle a fini par s'imposer, malgré les plus puissantes résistances. »

Le rédacteur de *La Tribune* fait justement observer plus loin que cette retraite est opportune :

« Opportune, disons-nous, car il faut savoir se retirer à temps de la scène, que l'on a illustrée, et il est digne de le faire pour ne point s'exposer à des défaillances possibles, parfois réelles, sans que l'on en ait conscience, ce qui les rend plus pénibles encore et plus regrettables.

Opportune aussi, pour que les jeunes puissent entrer dans la carrière et en exercice dans la pleine activité de leurs forces et de leur talent, aux grands profits des intérêts auxquels ils ont à se consacrer.

Tout est donc fait pour justifier et la mesure et son application, et en aucune façon les doléances de tantôt. »

Laïcisation des asiles d'aliénés

On sait que, même avant 1870, il y avait plusieurs asiles confiés entièrement à des laïques ; que, depuis longtemps, les quartiers d'hommes sont presque tous, sinon tous, confiés à des surveillants et à des infirmiers laïques ; enfin il ne faut pas oublier que dans les asiles où la division des femmes est confiée à des religieuses, celles-ci font faire la principale besogne par des infirmières laïques. C'est ainsi qu'à l'asile de Fains (Meuse) il y a, du côté des *hommes* (259) : UN SURVEILLANT et 17 infirmiers ; — du côté des femmes (327) : *treize religieuses* et 17 infirmières laïques. Ces chiffres ont leur éloquence et montrent qu'il est bien plus facile qu'on ne le pense de débarrasser tous les asiles des religieuses le jour où on le voudra.

La laïcisation, d'ailleurs, comporte plusieurs opérations : 1° La suppression des religieuses ; 2° la suppression des aumôniers ; 3° la suppression des sous-pharmaciennes ; 4° le remplacement des noms des saints et des saintes placés à l'entrée des salles par des noms de médecins, d'administrateurs, d'architectes, de bienfaiteurs de l'établissement, etc. Suivant les lieux, le tempérament des hommes, la mollesse des administrations, on peut donc poursuivre l'œuvre de la laïcisation par l'une ou l'autre de ces opérations. Nous allons en donner un exemple bien digne d'être suivi.

M. le Dr Henry Bonnet, directeur de l'asile de Châlons, a enlevé la pharmacie aux religieuses et en a confié le service, moyennant une légère indemnité au médecin-adjoint et à l'interne en médecine ; il a enlevé aux religieuses le service de la cuisine et l'a donné à un cuisinier et à deux aides. Grâce à ses mesures intelligentes, il a fait cesser des abus et réalisé des économies. En troisième lieu, il a remplacé les noms de saints plus ou moins ignorés par les noms de Pinel, d'Esquirol, de Marchant, de Geoffroy, Parchappe, Cerise, etc., etc., qui nous paraissent mériter, à des titres divers, des rappelés à la mémoire et des médecins, et des malades et même des administrateurs.

Création de bourses aux écoles municipales d'infirmières.

Le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, Vu le budget de l'exercice 1886, où figure, sous-chap. 2 « Frais de bureau, de cours et concours » ; art. 8 « Bourses aux écoles municipales d'infirmières », un crédit de vingt mille francs pour création de vingt bourses en faveur d'élèves infirmières ; Sur la proposition du Secrétaire général ;

Arrête : *Article premier.* — Il est créé vingt bourses de mille francs aux écoles municipales d'infirmières de la Salpêtrière et de la Pitié. Ces bourses seront données pour un an.

Art. 2. — Les personnes désignées pour bénéficier des bourses ainsi créées, prendront le titre d'élèves infirmières.

Art. 3. — Les postulantes devront être âgées de vingt ans au moins et de quarante ans au plus. Elles devront justifier d'une instruction élémentaire suffisante pour profiter de l'enseignement des écoles, et elles subiront, à cet effet, une épreuve écrite portant sur l'orthographe et l'arithmétique.

Art. 4. — Les élèves infirmières rempliront dans l'établissement auquel elles seront attachées, les fonctions d'infirmière. Elles devront être présentes à l'hôpital de 7 heures du matin à 6 heures du soir. Elles seront astreintes au même règlement que les infirmières et seront, comme celles-ci, placées, au point de vue de l'exécution du service, sous la surveillance et la direction des surveillantes et des sous-surveillantes. Elles seront tenues de suivre les cours des écoles d'infirmières et ne pourront prétendre au grade de suppléante que lorsqu'elles auront obtenu le diplôme. Les directeurs des établissements-écoles transmettront, à la fin de chaque mois, au directeur de l'administration, des notes confidentielles sur la conduite, le travail et l'assiduité aux écoles des élèves infirmières.

Art. 5. — Les élèves infirmières seront nourries dans l'établissement et recevront une indemnité annuelle de 300 francs, payable par douzièmes à la fin de chaque mois. Elles pourront, toutefois, être autorisées à pourvoir elles-mêmes à leur nourriture, et, dans ce cas, l'indemnité qui leur est allouée, sera portée de 300 francs à 1,000 francs.

Art. 6. — La dépense à laquelle donnera lieu le paiement des indemnités ci-dessus stipulées, sera imputée sur le crédit ouvert au budget, sous-chap. 2, art. 8 « Bourses aux écoles municipales d'infirmières ».

Service médical de l'Exposition de 1889.

PREMIERS SECOURS A DONNER AUX BLESSÉS.

Cette étude laisse avec intention dans l'ombre l'organisation générale, la partie administrative, le contrôle et l'inspection du service médical qui sera organisé pour la durée des travaux et pendant l'Exposition de 1889 ; elle vise seulement quelques détails importants du fonctionnement de l'ambulance destinée à assurer pendant la période des travaux les premiers secours aux ouvriers.

Ce service des premiers secours pour être en harmonie avec les besoins des intéressés doit être assuré d'une façon *constante* et *rapide*. Cette condition première ne peut être mise en discussion sans négliger les intérêts du travailleur ; ceux de nos confrères qui ont eu charge du service médical de grands chantiers, comme les arsenaux de la marine, savent que la seule solution : c'est la présence constante au poste de secours du personnel destiné à assurer ce service.

Le personnel médical de l'ambulance de l'Exposition devra donc se trouver pendant le travail à proximité des chantiers.

Il est encore essentiel que le service médical commence chaque matin avec les travaux : Le médecin de garde et son aide devront donc se trouver à l'ambulance dès l'embauchée et ne la quitter qu'au moment où l'on ferme les chantiers.

En hiver, vers 7 heures, en été, à 5 heures du matin, le personnel de l'ambulance devra être à son poste ; c'est là une des exigences les plus dures du service de garde. Dans les arsenaux de la marine, où ce service est fait militairement par des aides-majors, ces heures matinales d'embauchée sont considérées comme la partie la plus pénible de ce service. A Cherbourg, où l'arsenal est un peu éloigné de la ville, c'est une véritable corvée. — A Paris, les distances sont grandes, le matin, à l'heure de l'embauchée, les moyens de communication sont rares, les omnibus, les tramways ne marchent pas encore ; la distance, la difficulté des moyens de transport, l'heure matinale de l'embauchée entraînant une heure de lever plus matinale encore ; l'hiver, les rigueurs de la température sont autant de causes qui rendront très difficile la présence du personnel médical de l'ambulance dès l'ouverture des travaux. Or, une statistique faite à Rochefort montre que les accidents sont plus fréquents à l'arsenal à l'embauchée (échaffaudages rendus glissants par la rosée ou la gelée, tassement pendant la nuit des terrains qui s'effondrent au premier coup de pioche, oubli de certaines dispositions prises la veille, etc., etc.).

D'ailleurs, en dehors de cette recrudescence d'accidents à l'embauchée, les chances de blessures sont au moins égales, le service des premiers secours doit donc être assuré dès l'ouverture des chantiers. Or, ce résultat ne pourra être obtenu que si le personnel de l'ambulance habite sur les lieux ; il faudra donc que le local de l'ambulance contienne l'installation nécessaire pour loger le chirurgien de garde et son aide ; nous affirmons que sans cette précaution le service de garde sera mal assuré le matin. — Dans ces conditions, d'ailleurs, le service sera beaucoup plus doux pour le médecin de garde, habitant sur le chantier, il ne sera pas forcé d'être sur pied dès l'embauchée. Un accident se produit-il ! en deux minutes il est debout.

Une autre raison rendra nécessaire cette résidence du médecin de garde ; c'est la certitude que des travaux de nuit auront lieu

© BIU Santé

fréquemment, surtout avec la facilité de l'éclairage électrique ; les chances de blessures sont alors plus nombreuses et il faudra que le service de l'ambulance soit assuré.

Telles sont les grandes raisons qui nous font considérer le *service de garde, avec résidence sur le lieu des travaux, comme indispensables* ; mais, dans la pratique, l'expérience nous apprend aussi qu'il y a mille et un détails dont l'importance est grande, et qui plaident dans le même sens; prenons un exemple: Le Dr A, qui doit prendre la garde le matin et *qui n'habite pas sur les lieux*, se trouve indisposé ; il doit faire avertir alors le Dr B., second de garde ; mais, à cette heure matinale, il ne sera pas toujours facile de trouver quelqu'un qui puisse le faire; le messager trouvé, les moyens de communication sont difficiles; enfin le Dr B. peut être au dehors pour les besoins de sa clientèle, ou avoir passé la nuit sur pied ; néanmoins, le Dr B. n'écoutant que son devoir se met en route ; combien de temps faudra-t-il pour toutes ces allées et venues? Le Dr B. arrivera longtemps après l'embauchée ; jusque-là le service des premiers secours n'aura pas été assuré. Qu'un accident vienne à se produire dans ces conditions ; une hémorrhagie mortelle enlevant le blessé pendant son transport à l'hôpital, à qui incombera la responsabilité? au docteur A? au docteur B? ils ont fait tout leur possible pour assurer le service. La responsabilité retombera sur l'organisation du service lui-même qui aurait dû prévoir le cas du docteur A. ; n'aura-t-il pas à craindre dans une pareille occasion un conflit avec la compagnie d'assurances? elle ne manquera pas de prétendre que si le médecin de garde avait été à son poste, la terminaison fatale aurait pu être évitée. De plus, un pareil fait ébruité dans les chantiers, amplifié et commenté par les organes d'une certaine presse, serait de nature à porter le trouble parmi les ouvriers et à servir d'arguments aux meneurs toujours en quête de motifs de récriminations. Il faut par expérience connaître ce qu'est un grand chantier en 1886 pour comprendre toute la gravité de ce que nous avançons. Dans le cas du médecin couchant à l'ambulance, au contraire, le service reste assuré.

La conclusion de cette première partie de notre étude est donc la suivante. *Le service des premiers secours doit être assuré nuit et jour par la présence d'un médecin de garde résidant à l'ambulance.*

DU SERVICE DE GARDE CONSIDÉRÉ EN LUI-MÊME.

Un très grand nombre de praticiens ont offert leurs services gratuitement pour l'Exposition. Loin de nous de faire un reproche aux nombreux confrères (le nombre des demandes dépasserait 300) qui spontanément se sont offerts pour donner gratuitement leurs soins ; mais nous croyons que dans leur esprit il doit exister une différence entre donner gratuitement des soins et s'astreindre à faire gratis le pénible service de garde. Le service médical de l'Exposition comprendra outre le service de l'ambulance surtout destiné à la période des travaux, les services de la *consultation*, l'*inspection*, le *contrôle*, la *partie hygiénique*, etc., etc.; c'est là nous le croyons que pourra être le mieux utilisé le dévouement de nos confrères. — Accorder de temps en temps quelques heures au service de l'Exposition: c'est tout ce que l'on peut *exiger* d'un praticien qui offre gratuitement son concours. A ce sujet, on a parlé de monter le service de l'ambulance comme un service de facteur, où les médecins inscrits se relèveraient de 2 heures en 2 heures, service alors peu pénible, vu le très grand nombre de médecins y concourant. En théorie, c'est parfait, en pratique, c'est difficile à réaliser. Tout d'abord il y a le *service de nuit* et le *service à l'ouverture des chantiers* ; pour le médecin habitant un peu loin de l'exposition, c'est impossible, nous l'avons vu plus haut et, d'autre part, inconciliable avec les exigences de la plus petite clientèle. Même pendant le jour, les remplacements se feront mal : le Dr X. qui doit relever le Dr Z. peut être empêché au dernier moment par les exigences de sa clientèle particulière ; il devra avertir le Dr Y pour faire sa garde. Le temps de trouver le Dr Y, si on le trouve, *paraîtra* long au Dr Z, forcé d'attendre un remplaçant et que ses occupations appellent peut-être à une consultation ou auprès d'un malade grave ; car nous ne pouvons supposer que notre confrère Z, fatigué d'attendre, abandonnera son poste. — Etant donné le *service de nuit* et celui du matin dès l'embauchée entraînant la résidence du médecin de garde sur les lieux, le temps minimum à consacrer à ce service est de 24 heures. Trouvera-t-on parmi les médecins qui se sont proposés beaucoup de praticiens dont la clientèle puisse s'accommoder de pareilles exigences et qui voudront faire ce service GRATUITEMENT ?? Si oui, ce problème est résolu, mais nous en doutons fort. Le service de garde est trop attachant, trop absorbant. D'un autre côté, un médecin jeune ou âgé, mais sans clientèle, pouvant alors disposer entièrement de son temps, ne pourra guère accepter les exigences de ce service *gratuit* que s'il a de la fortune. Alors ce sera par pure philanthropie ou par l'espoir d'une distinction honorifique. Nous souhaitons que l'on en trouve dans ces conditions, tout en nous permettant d'en douter. Si l'on en trouve, ils ne seront pas nombreux ; ce sera le très petit nombre, l'exception ; et ce n'est pas ainsi que l'on pourra assurer le fonctionnement constant d'un service aussi sérieux que celui des premiers secours.

Le service de garde pourrait être partagé entre quatre docteurs médecins se relevant de semaine en semaine ; couchant à l'ambulance, y faisant porter leurs repas pendant la période de garde, ils assureraient d'une façon parfaite ce service. Ces postes seraient recherchés sûrement d'un assez grand nombre de jeunes docteurs sans clientèle, et qui préparent une licence en une opération ; une semaine par mois ne porterait pas préjudice à leurs travaux. Mais il ne faut pas supposer qu'ils feront ce service *gratuitement ;* et nous croyons qu'il ne serait guère convenable d'affecter un traitement de moins de 100 fr. par mois à chacun des quatre médecins de garde ; ce serait donc de ce chef une dépense de 5.000 fr. par an en chiffres ronds. Nous ne savons pas quelles seront les ressources de la caisse du service médical dont les fonds seront constitués par les versements des différents adjudicataires proportionnellement au nombre des ouvriers qu'ils emploient ; aussi il nous est impossible de prévoir l'importance de la charge que créerait à cette caisse l'affectation annuelle d'une somme de 5.000 fr. pour la solde des médecins de garde. — Nous croyons qu'il existe une solution toute aussi satisfaisante et plus économique ; elle repose sur cette opinion que le service de garde serait *aussi bien assuré par des internes que par des docteurs médecins.* Enfin, le service des premiers secours aux internes, est-ce leur attribuer des fonctions nouvelles? leur mettre en mains des responsabilités trop lourdes? Nullement, c'est là leur besogne quotidienne, et l'on sait avec quel dévouement et quelle intelligence ils la remplissent. Tout blessé transporté dans un hôpital est, en dehors des heures de visite, confié à l'interne de la salle ; à moins d'une intervention chirurgicale nettement indiquée, d'une opération urgente ; le médecin chef du service n'est pas appelé ; l'interne fait tout ce qui est nécessaire. A l'ambulance de l'Exposition il aura le même rôle : appliquer un appareil contentif provisoire de fracture, arrêter une hémorrhagie avec la bande d'Esmarch, faire un premier pansement, mettre le blessé en état de subir sans aggravation son transport vers l'hôpital le plus voisin. C'est là que l'appareil définitif, l'hémostase chirurgicale, le pansement à demeure seront appliqués. Cette tâche est absolument du ressort de nos internes des hôpitaux. En cas d'accident grave, explosion de chaudière, éboulement, l'ambulance reliée à la préfecture de police par le téléphone demandera des renforts, et celle-ci pourra avertir à son tour par les postes d'arrondissement les médecins inscrits pour le service de l'Exposition. Nous croyons que dans cette phalange de jeunes gens d'élite, tous intelligents et dévoués et offrant toutes les garanties de savoir ou de pratique, on trouvera facilement des volontaires en nombre suffisant pour assurer le service de garde. Naturellement, pour ne pas spéculer sur leur dévouement et ne pas leur porter préjudice, l'administration leur assurerait la nourriture pendant la garde ; avec une dépense de 90 à 100 fr. par mois, une pension très convenable pouvant être obtenue dans un des nombreux restaurants qui vont s'installer immédiatement sur le lieu des travaux. La dépense de ce chef serait donc de 12.000 fr. par an contre 5.000 que coûteraient les quatre docteurs médecins. Nous croyons aussi que l'administration pourrait gracieusement accorder aux internes concourant à ce service une carte d'entrée permanente pour la durée de l'Exposition. Trente volontaires suffiraient pour espacer les tours de garde de façon à ne pas nuire aux études médicales de ces jeunes gens.

Nous ne pouvons terminer cette étude sans dire un mot du collaborateur nécessaire du médecin ou de l'interne.

L'infirmier attaché à l'ambulance devra être choisi parmi les serviteurs les plus intelligents et les mieux notés; sur lui en effet devra reposer le service de la petite pharmacie, l'entretien des appareils, des instruments, le détail des petits pansements, toujours très nombreux. Les internes de garde pendant leur court séjour à l'ambulance auront à peine le temps de connaître toutes les ressources du service ; l'infirmier attaché spécialement à ces détails connaîtra la place de tous les appareils, leur nombre, il veillera au remplacement des médicaments au fur et à mesure des besoins. La comptabilité des matières par une ambulance est très difficile ; une compresse par-ci, une compresse par-là; diachylum, éther, laudanum, s'en vont peu à peu, goutte par goutte ou morceau par morceau, distribués à Pierre, Paul, etc., sans qu'il soit possible d'en tenir le détail ? on ne peut guère compter que sur des relevés hebdomadaires ; c'est dire que l'infirmier de garde devra être un homme de confiance. Nous avons déjà dit que les médecins attachés au service de l'Exposition pouvaient être appelés extraordinairement en cas de sinistres ; nous croyons aussi qu'à côté du service de garde on pourrait, comme dans les arsenaux de la marine, organiser une consultation quotidienne faite par les médecins inscrits. C'est là que nous ferions appel à ceux de nos confrères qui ont offert gratuitement leurs soins. Sans porter préjudice à leur clientèle, ils peuvent venir consacrer à tour de rôle une heure ou deux à cette consultation ; leur titre de porteur leur permettrait

© BIU Santé

aussi de viser les certificats d'origine de blessures, pressés par l'interne de garde ou de délivrer des certificats d'aptitude aux ouvriers dont les patrons exigeraient cette formalité. Ce rôle serait tout à fait compatible avec la dignité médicale; et dans ces conditions le service médical gratuit n'étant plus astreint à une heure absolument fixe, s'accommode d'une liberté plus grande s'accordant mieux avec les exigences de la clientèle et aussi parfaitement en harmonie avec le caractère d'un véritable service rendu sans rémunération pécuniaire.

Nous terminerons ce petit travail en rappelant que tout ce que nous en avons dit est subordonné à l'idée que, pendant toute la durée des travaux, les premiers secours seront assurés d'une façon *permanente* aux armées. Le chantier, si l'on veut bien nous permettre cette comparaison, c'est le champ de bataille pacifique de l'ouvrier. Dans la première ville du monde, il nous semble que la question d'humanité vis-à-vis du travailleur doit primer toute autre considération; si donc on veut vraiment assurer les premiers secours c'est au service de garde avec toutes ses obligations, qu'il faut recourir; si l'on veut *seulement avoir l'air* de l'assurer, tant de précautions sont inutiles. Mais alors l'organisation du service médical de l'Exposition, encourra le reproche d'avoir été conçue pour la plus grande commodité des médecins et non pour le plus grand bien des intéressés, semblable en cela à certains administrateurs où les rôles étant renversés, les administrés semblent être les très humbles serviteurs des administrateurs.

Dr G. BÉDARD.

Un nouveau cas de rage.

Une petite fille de 6 ans, venue de Palerme, accompagnée de son père, est morte de la rage à l'Hôpital des Enfants-Malades dans la nuit de dimanche au lundi 6 septembre. Cette enfant avait été mordue à la paupière supérieure de l'œil droit par un chien enragé le 21 août dernier.

Le père s'était mis en route le 30 août avec sa fille pour venir à Paris demander les soins de M. Pasteur. Dès leur arrivée, le samedi soir 4 septembre, l'ambassadeur d'Italie les envoya au laboratoire de la rue d'Ulm.

On ne pouvait malheureusement douter dès ce moment que l'enfant présentât des symptômes de rage extrêment accusés. L'hydrophobie, l'aérophobie, les spasmes de la gorge étaient très manifestes et ne permettaient pas de méconnaître que la terminaison fatale fût proche. Depuis 48 heures, le père avait remarqué les premiers signes inquiétants.

Au moment de l'entrée des deux italiens au laboratoire de M. Pasteur, la maladie était trop avancée pour qu'on put espérer l'enrayer par les inoculations préventives. La petite fille fut transportée à l'hôpital des Enfants-Malades et le traitement consista tout entier dans l'administration de substances narcotiques. Elle succomba au bout de 24 heures, soit 15 jours après la morsure.

Les circonstances de ce fait sont très remarquables. Elles démontrent qu'il y a des morsures de chien — morsures au visage, à l'œil — qui peuvent agir à la manière des plus cruelles morsures de loups, après une incubation de 12 jours, c'est-à-dire que l'apparition des premiers signes de rage se fait aussi vite que si la personne avait été trépanée et inoculée sous la dure-mère avec le virus le plus virulent.

Cette observation qui n'est point la seule de son espèce prouve combien dans certains cas la culture du microbe de la rage se fait rapidement dans les centres nerveux. Quelques jours, peut-être quelques heures perdues avant les inoculations préventives peuvent laisser commencer cette culture cérébrale.

Qui ne sait que le vaccin de Jenner inoculé à une période avancée de l'incubation de la variole n'empêche pas celle-ci d'atteindre son complet développement? Si cette petite italienne était venue 2 ou 3 jours plus tôt à l'Institut Pasteur, on lui eût énergiquement fait les inoculations préventives. Elle aurait vraisemblablement succombé quand même et il se fût trouvé des personnes pour relever joyeusement cet insuccès (1). A. CHANTEMESSE.

(1) Cette observation intéressante prouve en tous cas qu'un seul institut vaccinal ne saurait suffire pour toute l'Europe, et l'utilité qu'il y aurait, quand l'expérience aura décidé de la méthode Pasteur, à établir des instituts dans les différents pays de l'Europe. — Nous ajouterons qu'il y a lieu, avant de se prononcer définitivement sur l'efficacité du traitement de la rage par la méthode Pasteur, de demander des statistiques qui nous renseignent exactement sur l'état des inoculés depuis leur retour dans leur pays. — On n'ignore pas, en effet, que la durée de l'incubation rabique est très variable, qu'elle peut être très prolongée, et que l'inoculation elle-même pourrait peut-être aussi en prolonger la durée, etc. Nous pensons donc pour ces motifs et d'autres encore, qu'il est prudent, avant de préconiser et d'admettre définitivement la méthode Pasteur, d'attendre du temps des renseignements ultérieurs et complets (*Note de la Réd.*).

NÉCROLOGIE

Robert Jean Mann, M. D. F. R. C. S.

Nous apprenons par le *British medical*, journal de Londres, la mort du Dr MANN. Il était né en 1817. Il s'occupa d'abord de botanique et encore étudiant, il publia la liste des plantes du Norfok. Il étudia la médecine à l'University Collège et fut reçu en 1840 membre du collège royal des chirurgiens. Il s'occupa d'astronomie et de météorologie; son premier ouvrage parut sous le titre du *Monde des planètes et des étoiles*. En 1854, il aida le Dr William, à publier la dernière édition de ses *Principes de médecine*. En 1878, il fut élu agrégé du collège Royal des chirurgiens. En 1857, il se rendit à Natal où il fut pendant sept ans directeur de l'éducation. Pendant son séjour à Natal il publia journellement des observations météorologiques qui lui valurent d'être deux fois président de la Société de météorologie.

Au moment de sa mort, le Dr Mann était l'un des plus vieux rédacteurs de la *Revue d'Edimbourg*, où il publia une série d'articles sur l'hygiène, qu'on a réunis en un volume intitulé *Hygiène des Familles*. (*British medical journal*, 21 août 1886, page 400.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 29 août 1886 au samedi 4 sept. 1886, les naissances ont été au nombre de 1189 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 452; illégitimes, 173. Total, 625. — *Sexe féminin* : légitimes, 426; illégitimes, 138. Total, 564.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 août 1886 au samedi 4 sept. 1886, les décès ont été au nombre de 1091, savoir : 573 hommes et 518 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 21, F. 10, T. 31. Variole: M. 0, F. 0, T. 0.— Rougeole : M. 11, F. 13, T. 24.—Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5.—Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12.— Diphthérie, Croup: M. 4 F. 9, T. 13. — Dyssenterie: M. 0. F. 0, T. 0.—Erysipèle : M. 3, F. 4, T. 7. —Infections puerpérales : 0. — Autres affections épidémiques: M. 00, F. 00, T. 00.—Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 28, F. 27, T. 55. — Phthisie pulmonaire : M. 90, F. 71, T. 161. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 9, T. 29.— Autres affections générales : M. 29, F. 40, T. 69.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 11, F. 24, T. 35. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 19, T. 36. — Pneumonie : M. 32, F. 16, T. 48.— Athrepsie : M. 196, F. 99, T. 205. — Autres maladies des divers appareils : M. 157, F. 148, T. 305. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 21, F. 4, T. 25. — Causes non classées : M. 17, F. 14, T. 31.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 95 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 49, illégitimes, 18. Total : 67 — *Sexe féminin* : légitimes, 22; illégitimes, 6. Total : 28.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Strasbourg.* — Nous apprenons la nomination de M. A. WOLF, comme professeur et directeur de la clinique dermatologique en remplacement de M. Wieger, qui, ayant atteint ses 65 ans, prend sa retraite le premier octobre de cette année. M. Wolf était attaché déjà depuis longtemps à cette clinique, soit comme assistant, soit comme privat-docent; ses travaux justifient pleinement sa nomination. — M. Richard EWALD, privat-docent à la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. KOPERWICKI, privat-docent, a été nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kharkoff.—M. SALEWSKI, professeur extraordinaire de pharmacologie, a été nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. J. MOELLER, privat-docent à Vienne, est nommé professeur de pharmacologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. O. KAHLER est nommé professeur ordinaire de pathologie spéciale et de thérapeutique. — M. BANDL (de Vienne), est nommé professeur de gynécologie et d'accouchements à la dite Faculté, en remplacement de M. Breisky appelé à Vienne.

Faculté tchèque de médecine de Prague.—M. Von JIRUS (d'Agram), est nommé professeur ordinaire de pharmacologie.

Faculté de médecine de Tubingen. — M. MULLER, premier assistant de la clinique chirurgicale, est nommé priva docent de chirurgie.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Personnel médical des bureaux de bienfaisance.* Messieurs les médecins du Ve arrondissement sont prévenus, que le mercredi 22 septembre, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

NOMINATION D'UN PHARMACIEN EN CHEF DANS LES ASILES DE LA SEINE. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. THABUIS, ancien interne des asiles de la Seine, après une série d'épreuves brillantes.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 38 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 SEPTEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ.— M. **HORTELOUP.**

Tumeur de la vessie. — Boutonnière périnéale. — Expulsion spontanée de la tumeur. — Guérison ;

Observation recueillie par M. **BRUHL** interne des hôpitaux.

Le nommé Paul F..., âgé de 53 ans, tailleur de pierre, entre dans le service de M. Horteloup, le 8 février 1886.

Ce malade est exempt de toute tare héréditaire. Son père, mort à l'âge de 84 ans, sa mère morte à 53 ans d'un érysipèle survenu à l'époque de la ménopause, avaient toujours joui d'une excellente santé. Plusieurs frères et sœurs du malade sont morts d'affections aiguës ou d'accidents. Très robuste et très vigoureusement constitué, notre malade n'a jamais fait de maladie sérieuse. On ne retrouve chez lui ni rhumatisme, ni alcoolisme. Il y a plus de 30 ans, il se rappelle avoir eu sur le gland un bouton, suivi quelques mois après d'un bubon dans l'aine gauche, bubon dont la cicatrice est à peine visible. Sur le gland, on retrouve à la partie inférieure et droite une cicatrice arrondie, lisse, légèrement déprimée, mais sans induration ; ses dimensions sont bien inférieures à celles d'une pièce de cinquante centimes. A la suite de cet accident, le malade n'a jamais présenté ni éruption sur la peau, ni plaques muqueuses. Il n'a pas perdu ses cheveux, il n'a pas souffert de céphalalgie ni de maux de gorge. En présence de tous ces signes négatifs, il nous est impossible d'affirmer que notre malade soit un syphilitique.

Il faut arriver au mois de septembre 1884, pour trouver les premiers signes fonctionnels indices de l'affection qui a amené le malade à la Maison de santé. C'est à cette époque que le malade a éprouvé pour la première fois des troubles de la miction ; celle-ci devenait difficile et était plus fréquente que d'habitude, surtout la nuit. En janvier 1885, une chute n'a eu aucun retentissement fâcheux sur les troubles que le malade accusait.

Cependant ces symptômes s'aggravaient progressivement, et s'accompagnaient de douleurs. Deux ou trois fois, le malade constata que son urine était légèrement teintée par du sang. Cette coloration était plus marquée vers le *milieu* de la miction. Le malade affirme n'avoir jamais uriné de sang pur, ni *au début*, ni *à la fin* de la miction. D'ailleurs, cette hématurie passagère ne s'est plus reproduite.

Au mois de mai 1885, il se rend à la Pitié; là, on lui passe une sonde en caoutchouc; un léger écoulement sanguin a suivi l'opération. Le même jour le malade prend un bain ; en y entrant, il est pris d'une douleur extrêmement vive dans la vessie.

Quelques jour après, il consulte M. Humbert à l'hôpital du Midi ; ne lui trouvant aucune lésion, ce chirurgien prescrit de la térébenthine et des bains. Cependant, le malade n'éprouvant aucune amélioration, se décide à entrer une première fois dans le service de M. Horteloup, suppléé par M. Reynier. Celui-ci lui prescrit des douches et des bains sulfureux, des lavages boriqués de la vessie et de la térébenthine. A partir de son entrée à la Maison-Dubois, le malade voit son état notablement s'aggraver : Les envies d'uriner fréquentes, impérieuses, s'accompagnaient d'épreintes très douloureuses. Malgré des efforts pénibles, le malade ne parvenait à excréter que quelques gouttes d'urine à chaque tentative de miction. En se rendant de chez lui à la maison Dubois, il a été obligé de faire arrêter la voiture au moins 8 fois. En arrivant, on sonde le malade et on lui retire environ 1 litre et 1/2 d'urine. C'est la première rétention d'urine que le malade avait eue. Grâce à un cathétérisme régulier, grâce au traitement de M. Reynier, le malade quitte l'hôpital au bout de 18 jours, extrêmement soulagé. Il se sondait lui-même sans difficulté.

Au mois d'octobre, à la suite d'une course en voiture, une notable aggravation survient. Le malade éprouve une douleur très vive et une pesanteur du côté de l'anus ; il a du ténesme vésical et rectal, en même temps que de la fièvre, de la céphalalgie, de l'inappétence. Il est probable qu'il y a eu une poussée congestive du côté de la prostate.

A peine remis, le malade consulte le professeur Guyon, qui ne trouve pas de calcul, et lui prescrit des suppositoires calmants, du quinquina et un régime rafraîchissant.

Malgré tout ce que fait le malade, les envies d'uriner deviennent de plus en plus pressantes et fréquentes ; elles se succèdent coup sur coup ne lui laissant aucun répit ; il se décide de nouveau à entrer dans le service de M. Hortelonp.

Au moment de son entrée dans le service, on constate que l'état général est bon ; le malade n'a pas maigri ; l'appétit est conservé. Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre ; par le repos, on constate un très léger dépôt. Cependant, vers la fin de la miction, les dernières gouttes d'urine sortent mélangées à du pus. Le malade nous montre aussi quelques petits graviers, qu'il rend de temps en temps.

Le traitement consista dans le cathétérisme régulièrement répété par le malade, en lavages boriqués de la vessie, capsules de térébenthine et benzoate de soude.

L'exploration de la vessie fut pratiquée avec la sonde coudée de Mercier. Voici ce qu'elle permettait de constater :

Lorsqu'on introduisait l'explorateur, on avait très nettement, au moment où on entrait dans la vessie, la sensation d'un frottement ; une fois dans la vessie, on ne trouvait plus rien, mais en retirant la sonde et en relevant le pavillon, la main retrouvait cette sensation de frottement qui permit à M. Horteloup de penser à un gravier, situé soit à l'extrémité postérieure de la prostate, au niveau du col de la vessie, soit derrière le col de la vessie, contre lequel il serait accolé. — L'examen rectal avec le doigt ne permet pas de sentir le moindre changement dans l'épaisseur de la vessie, pouvant faire supposer la présence d'une tumeur ou d'un corps étranger.

© BIU Santé

Le malade, souffrant cruellement d'envies incessantes d'uriner, de ténesme vésical insupportable, est chloroformé, le 27 février 1886. M. Horteloup introduit d'abord dans l'urèthre un cathéter cannelé, puis pratique une incision médiane sur le raphé périnéal, longue de 5 centimètres, touchant presque à la marge de l'anus. Les tissus sont incisés couche par couche jusqu'au cathéter ; puis une boutonnière est faite au canal de l'urèthre, par laquelle est introduit le dilatateur de Dolbeau. L'instrument, après avoir dilaté le col de la vessie, ramène quelques fragments de graviers. L'introduction du doigt permet de reconnaitre derrière le col de la vessie une surface recouverte d'incrustations ; le doigt est retiré et est remplacé par une tenette de petit volume. Faisant tourner la tenette pour diriger les cuillers vers la partie inférieure, M. Horteloup saisit entre les mors une masse ayant une longueur d'environ 5 centimètres ; mais, en faisant un mouvement de torsion de manière à replacer la concavité de la tenette en haut, la partie saisie s'échappe et la tenette est ramenée remplie de graviers. Une nouvelle introduction de la tenette ne fait plus retrouver la masse saisie, et il est impossible de rien retrouver dans la vessie. Ne disposant pas d'autres pinces pouvant servir utilement à de nouvelles recherches, M. Horteloup fait avec la sonde à double courant plusieurs lavages de la vessie, qui permettent de faire sortir quelques graviers en poussière.

Le malade est reporté dans son lit, après un pansement fait avec de la gaze iodoformée.

Au réveil, le malade continue à beaucoup souffrir. Vers une heure de l'après-midi, une légère hémorrhagie en nappe se déclare ; on en a facilement raison par l'application de compresses glacées.

Cependant, durant toute l'après-midi, les douleurs deviennent de plus en plus intenses, et, au dire du malade, on peut les comparer à des douleurs expultrices. Le malade crie, se débat; il est couvert de sueur; l'effort qu'il fait amène un prolapsus de la muqueuse rectale.

Effectivement, vers 5 heures, le malade *accouche* par sa plaie périnéale d'une tumeur ayant environ 5 centimètres de long, sur 2 de large et 2 d'épaisseur, de forme ovoïde, et présentant le volume d'un gros œuf de pigeon.

A partir de ce moment, le malade éprouve un grand bien-être, un soulagement énorme. Le soir, le thermomètre dans l'aisselle ne marque que 37°,5.

Depuis l'opération, jusqu'au soir, il n'avait pu uriner; mais, à la suite de l'expulsion de sa tumeur, une grande quantité d'urine s'est écoulée par la plaie. Depuis, il a uriné à la fois par son canal et par sa plaie.

L'examen de la tumeur, dont venait d'accoucher ce malade, permettait de se rendre très nettement compte de ce qui s'était passé. La tumeur avait une forme aplatie, et présentait une implantation de 1 centimètre à la face postérieure de la prostate. Si on veut se rappeler la disposition donnée aux tenettes, on comprendra que, saisissant latéralement cette tumeur, elle a pu être maintenue assez solidement pour subir un mouvement de torsion ; mais une fois le pédicule détaché, la tumeur a basculé entre les cuillers de la tenette et lorsque M. Horteloup a cherché à la reprendre, il lui a été impossible de saisir cette tumeur plate entre les cuillers qui ne peuvent pas se toucher.

Le lendemain de l'opération, l'état général est excellent, l'état local n'est pas moins satisfaisant. La température est à 37°,2. Déjà, le malade urine plus par son canal que par sa plaie. Le mieux s'accentue notablement. Le 2 mars, c'est-à-dire le 4e jour à partir de l'opération, le malade éprouve déjà la sensation du besoin d'uriner.

Le 6 *mars*, la miction est de nouveau soumise à la volonté. Le jet est régulier et volumineux. Le malade pisse uniquement par son canal.

Le 12 *mars*, la plaie périnéale est presque cicatrisée. Le malade mange, boit, dort, urine sans douleur. Il quitte l'hôpital, guéri, le 29 mars.

M. Horteloup a revu le malade à la fin du mois de juin : la guérison s'est maintenue parfaite.

La tumeur, ainsi rendue, présentait sur la coupe, à l'œil nu, un aspect grisâtre, homogène ; de consistance moyenne, elle était peu vasculaire ; on constatait seulement quelques arborisations vasculaires près de son point d'implantation.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Rémy, agrégé de la Faculté. Voici la lettre qu'il a adressée à M. Horteloup à ce sujet : « J'ai quelques doutes sur la nature de la tumeur. Mais je crois qu'il s'agit d'un cancer. Ce qui est la cause de mon doute, c'est que les cellules épithéliales des alvéoles cancéreuses ont presque toutes disparu. »

Réflexions. Si l'histologie, dans le cas particulier, ne permet pas d'affirmer le cancer, la clinique nous le permet encore bien moins. En effet, la guérison rapide du malade, la persistance d'un état général excellent, l'absence de tout signe qui permette de songer à une récidive au bout de quatre mois, toutes ces considérations semblent écarter l'idée du cancer. D'ailleurs, un cancer de la vessie, revêtant le type polypiforme, serait une rareté anatomo-pathologique. On sait effectivement que les formes les plus usuelles des tumeurs vésicales sont le papillome et le carcinome végétant.

Notons également le siège d'implantation anormale de la tumeur, permettant de songer à une hypertrophie du lobe moyen de la prostate ; le point d'implantation habituel est sur la base ou le trigone ; l'insertion derrière le col de la vessie, se rencontrant beaucoup plus exceptionnellement.

Enfin, le diagnostic était encore rendu difficile par l'absence des symptômes nets de tumeur vésicale : l'hématurie a manqué presque totalement; l'exploration directe de la vessie n'a pas permis non plus de faire mouvoir la tumeur.

Pour toutes ces raisons M. Horteloup ne trouvant pas de pierre dans la vessie crut d'abord à l'existence d'un calcul enchatonné. Les renseignements fournis par la sonde de Mercier le firent penser à un calcul prostatique. C'est pourquoi la voie périnéale fut choisie pour l'opération. Si le malade n'avait pas eu la bonne fortune de rendre spontanément sa tumeur, il est probable que des phénomènes de ténesme vésical eussent forcé à refaire une nouvelle exploration et alors armé de pinces à bords plats, M. Horteloup eût certainement saisi la tumeur pour l'extraire.

Cette observation peut servir d'enseignement. En effet, elle prouve une fois de plus les avantages que donne, pour l'enlèvement des tumeurs de la vessie, la taille sus-pubienne, préconisée par l'Ecole française ; en effet, grâce à cette méthode, on *voit* la vessie, et dans ces conditions, l'exploration ne saurait être incomplète.

Enfin, rappelons l'expulsion spontanée de la tumeur, véritable *accouchement*, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à l'expulsion d'un polype utérin par les contractions de la matrice.

© BIU Santé

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. — De l'angine, dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général *(suite)* (1) ;

Par **Paul TISSIER**, interne des hôpitaux.

Il nous reste un second point capital, la contagion : Niée par nombre d'auteurs, elle est nettement affirmée par W. Roser (2), 1883, qui déclare la maladie qui nous occupe épidémique, infectieuse, à germe encore inconnu. Or nos deux observations personnelles sont frappantes à ce point de vue. *Il s'agit de deux employés des postes ambulants, voyageant ensemble, exposés à de perpétuels courants d'air dans les trains en marche, présentant à quelques semaines d'intervalle les mêmes symptômes morbides locaux et généraux et venant dans des circonstances identiques, eux camarades de travail hier, se coucher dans le même hôpital!* Est-il un cas de contagion plus net, plus indéniable, plus probant en un mot? Et si le hasard doit être ici invoqué, quel Dieu que ce hasard?

Je sais bien que dans la plupart des cas on ne signale pas de contagion ? Mais combien de fois a-t-on dirigé son attention sur cette recherche si intéressante et si féconde en surprises, toujours instructive ? Et d'ailleurs, en cette matière, mille cas négatifs ne prouvent rien contre un fait positif.

Si nous avons bien exposé notre pensée, il nous semble, à l'heure qu'il est, inadmissible de nier la nature infectieuse, le caractère épidémique de la maladie qui nous occupe.

Est-ce bien là ce qu'avait décrit Ludwig! Il ne faut pas trop vouloir faire dire aux textes et chercher Laennec dans Hippocrate ! C'est pourquoi nous n'avons pas voulu conserver à l'angine sus-hyoïdienne le nom de cet auteur, surtout en raison des interprétations multiples, contradictoires même, spéciales à chaque observateur, qu'on en a fait.

Nous lui avons conservé le nom d'angine, tant en raison de son origine primordiale souvent gutturale, qu'à cause de ses manifestations symptomatiques, la désignant sous le nom d'infectieuse, ainsi qu'il ressort de la discussion que nous venons de faire, des cas que nous avons cités ou recueillis, et pour la séparer nettement de l'angine infectieuse si bien décrite par le professeur Bouchard, Kœnnenberg et Landouzy, pour ne citer que les contemporains ; nous y avons ajouté l'épithète de sous-maxillaire en raison de sa localisation spéciale. L'*angine sous-maxillaire infectieuse* est donc pour nous une maladie spéciale, peu fréquente, mais non plus une lésion banale du tissu cellulaire ou ganglionnaire de la région sus-hyoïdienne.

Nous avons dit plus haut que le germe pathogène nous était encore inconnu. Dans le cas que nous avons observé la tumeur sous-maxillaire ayant été ouverte, nous n'avons pu tenter fructueusement aucune étude des liquides pris directement à l'aide de la seringue de Pravaz. Les manifestations articulaires ne s'étant accompagnées d'aucun épanchement appréciable, il nous a été impossible d'y trouver un liquide propre aux recherches bactériologiques.

Nous devons cependant mentionner brièvement l'état actuel de la question sans y attacher grande importance.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 35, 36 et 37.
(2) W. Roser. *Loco citato*, 1883.

Le professeur Kœnig (1) croit qu'il s'agirait ici des microbes de l'inflammation vulgaire : Nous ne saurions souscrire à cette opinion. Il est possible qu'on rencontre ce micro-organisme dans certains phlegmons du cou, mais trop généraliser semble téméraire. Du reste, pour citer une phrase de M. le professeur Cornil, admettre que ces mêmes microbes puissent produire ici l'inflammation ordinaire, là le phlegmon classique, ou l'adénite suppurée et ailleurs le phlegmon gangréneux à manifestations générales, nous semble aussi invraisemblable que de croire « à la transformation de Jupiter amoureux en taureau, d'Actéon en cerf, de Daphnis en laurier (2). »

Il va maintenant nous être facile d'exposer, en quelques mots, la physiologie pathologique de l'angine sous-maxillaire infectieuse.

Dans un certain nombre d'observations nous trouvons signalées les lésions de la cavité bucco-pharyngienne, et si ces cas ne sont pas plus nombreux c'est à cause de la difficulté, souvent très grande, de l'examen de cette cavité, de la ténuité et de la légèreté de cette lésion souvent minuscule et transitoire, déjà disparue même, et aussi faute d'examen spécial, il faut bien le reconnaître. Du reste nous verrons que cette solution de continuité peut elle-même manquer dans certains cas.

Deux voies, inégalement fréquentées, s'ouvrent aux germes morbides pour atteindre la région sous-maxillaire. L'une fréquente, ordinaire, la voie lymphatique, si chère au parasiticisme ; l'autre plus rare, moins étudiée, la voie glandulaire. Nous allons les examiner successivement.

Une ulcération herpétique des lèvres, une fissure souvent minime des commissures, une plaque aphteuse exulcérée, *souvent une dent cariée*, d'autres fois une folliculite amygdalienne légère, sont des portes d'entrée suffisantes aux microorganismes pour s'introduire dans l'économie. La cavité buccale, avec ses végétations luxuriantes de champignons de toute sorte, son contact permanent et immédiat avec l'air ambiant, lieu forcé de passage de toutes les substances alimentaires, semble une antichambre aussi favorable que possible pour cette contamination.

C'est ce qui faisait dire à Trousseau que certaines infections « aiment » la gorge, c'est ce qu'exprimait éloquemment M. le Dr Landouzy, dans une leçon que nous avons déjà citée. « Les amygdales sont placées aux premières loges pour se laisser pénétrer par les agents infectieux. « Tout y semble préparé », si l'on songe à leur structure, pour être le réceptacle, la germination et la diffusion de certains agents infectieux, qui, de proche en proche, s'introduiront dans le système lymphatique, habitat préféré des agents infectieux. »

Et qu'on ne suppose pas qu'il aille se produire dès lors, une fois les micro-organismes solidement implantés aux portes de l'économie, et cheminant dans le riche réseau lymphatique de la région, une réaction solennelle, une angioleuciste visible, que l'on puisse suivre à la trace. C'est là un point souvent méconnu et pourtant qui donne la clef de bien des faits incompréhensibles autrement. C'est lentement, à pas comptés, travaillant sourdement, par étapes successives, sans éclat, qu'ils cheminent vers leur lieu d'élection, vers le

(1) *Deutsche Chirurgie*, von Billroth und Lücke. *Die Entzündlichen Processe am Hals.*
(2) Nous devons mentionner ici, les travaux de Böllinger, Harz, Israel, Esmark, Ponfick, qui attribuent la lésion qui nous occupe, à l'Actynomices, champignon qui pénétrerait par les dents cariées ou l'amygdale.

© BIU Santé

siège où trouvant des conditions favorables à leur rapide et fécond développement, ils s'y installeront, s'y cantonneront, y produiront des désordres réactionnels locaux intenses (tumeur sous-maxillaire), et de là s'irradieront soit en colonies migratrices (abcès secondaires, observation de Heyfelder), épanchements ventriculaires, péricardiques, péritonéaux, accidents articulaires, lésions hépatiques, (teinte subictérique de conjonctives) lésion rénale (albuminurie), soit par les résidus de leur activité vitale, par les produits toxiques qu'ils élaborent (leucomaïnes), pour retentir sur l'organisme tout entier.

C'est pour cela que nous avons vu souvent les ganglions lymphatiques peu atteints relativement, ce qui distingue essentiellement l'angine sous-maxillaire infectieuse de l'adenophlegmon vulgaire du cou dont la marche est si bien exposée par M. Tillaux (1).

Telle est l'évolution de la maladie dans la plupart des cas; il est un autre mode dont nous avons déjà dit un mot, l'infection par la voie glandulaire. C'est un mécanisme peu connu et qui pourrait cependant s'appliquer à un certain nombre de cas.

Déjà, en 1878, Balzer et Talamon, dans un mémoire paru dans la *Revue de médecine et de chirurgie*, insistaient sur la fréquence des lésions de la glande sous-maxillaire dans la diphthérie, attribuant à ces lésions une part assez large dans la tuméfaction du cou, trop fréquemment observée, en raison de son fâcheux pronostic chez l'enfant atteint d'angine couenneuse. W. Roser (2) admet que la maladie qui nous occupe est toujours localisée dans la glande sous-maxillaire, et il rapporte un certain nombre d'observations à l'appui. Son opinion doit être sérieusement prise en considération, en raison de la haute valeur scientifique de l'auteur. Elle est vraie dans quelques cas, mais elle est beaucoup trop générale.

Nous aussi nous admettons la localisation primitive à la glande sous-maxillaire, mais n'avons-nous pas cité plusieurs cas où elle fut trouvée saine! C'est un second chemin ouvert aux micro-organismes, il serait téméraire et mal fondé de l'admettre seul.

Mais il est des faits indéniables où la plus minime solution de continuité a été impossible à constater, où la glande sous-maxillaire fut trouvée totalement désorganisée, contenant des foyers remplis d'ichor sanieux et fétide, et nous sommes conduits à accepter, à côté de la voie lymphatique, sur un second plan, la progression lente et silencieuse des micro-organismes, à travers les canaux de *Warthon*, pour aboutir en définitive à la glande sous-maxillaire, et de là à la même localisation que dans le mode précédent.

En résumé, l'angine infectieuse sous-maxillaire est due à la pénétration dans l'organisme d'un germe extérieur, de nature encore indéterminée, par la voie lymphatique ou les conduits glandulaires.

ÉTIOLOGIE.

Après ce que nous venons de dire sur la pathogénie, courte sera la part de l'étiologie. En effet, nous connaissons, au moins dans sa nature générale, l'agent provocateur, causal, exogène : nous savons que la condition adjuvante est soit la présence d'une solution de continuité, soit d'une inflammation même superficielle, soit d'une carie dentaire, soit enfin d'un état encore indéterminé des conduits salivaires.

(1) *Loco citato.*
(2) *Loco citato.*

Mais entre ces causes occasionnelles et cet agent causal reste un anneau encore inconnu, qui doit les relier. En un mot, l'arrivée du germe sur une surface où s'ouvrent béantes les voies lymphatiques, n'est pas suffisante pour expliquer la maladie, il faut plus, il entre en jeu un troisième facteur, l'individu. Ceci est encore bien plus vrai, bien plus évident quand les conduits glandulaires servent de voie de propagation? Admettra-t-on dans ce cas une lésion spéciale de l'épithelium de ces conduits, lésion banale, vulgaire, inaperçue qui aura ouvert la porte à l'infection? C'est là que nos connaissances sont encore incertaines, nous voyons bien ce qui force les portes, ce qui les ouvre, nous ne voyons pas pourquoi dans ce conflit entre l'organisme et le parasite, c'est le premier qui se trouve, au moins momentanément, vaincu.

L'âge joue un rôle assez important; fréquente entre 20 et 30 ans, elle n'épargne pas l'enfance (cas de Jengler), mais elle semble respecter la vieillesse. Peut-être n'est-il pas impossible d'expliquer cette particularité, si l'on réfléchit, suivant la remarque pittoresque de Lasègue, « que rien ne ressemble moins à l'arrière-gorge d'un jeune sujet qu'une gorge de vieillard. Chez l'un la membrane muqueuse est presque incolore, les piliers sont minces, la luette est réduite de volume comme les amygdales, le pharynx devient lisse. Chez les jeunes gens, toutes ces parties sont roses, turgescentes, presque congestionnées; les sécrétions abondantes s'exagèrent par le seul fait de l'effort qu'on provoque en abaissant la langue. »

Le sexe semble n'avoir d'importance qu'en raison des conditions de contagion et, si le sexe masculin est frappé de préférence, c'est qu'on la rencontre fréquemment dans les agglomérations d'individus soumis à une hygiène défectueuse. Roser signale la fréquence relative chez les militaires, 7/20, et l'explique par la contamination directe, liée au milieu et à la vie en commun. Signalons enfin les refroidissements répétés qui se trouvent relatés dans la majorité des cas.

L'affection est grave et son pronostic souvent fatal, Ludwig eut 3 morts sur 4 cas. W. Porker, 1 mort sur 2 cas, personnellement nous avons obtenu une guérison sur deux; aussi importe-t-il de faire de bonne heure un diagnostic exact, pour agir en conséquence.

(*A suivre.*)

TÉRATOLOGIE

Vices de conformation multiples chez un fœtus. — Hernie diaphragmatique congénitale. — Communication des deux ventricules du cœur. — Anomalie de l'aorte et des vaisseaux. — Bec-de-lièvre bilatéral compliqué. — Trois germes d'incisives de chaque côté; la fissure passe entre l'incisive médiane et l'incisive externe (1);

Par **J. POTOCKI**, interne des hôpitaux.

Le fœtus qui présente ces malformations est né le 18 avril 1886 dans le service de M. Pinard. La mère âgée de 40 ans, femme de cultivateur, bien conformée, affirme ne connaître aucune monstruosité dans sa famille. Elle a déjà eu 6 enfants à terme et bien conformés. L'accouchement prématuré, au terme de 7 mois, pense-t-on, paraît dû à l'insertion vicieuse du placenta qui, au début du travail, avait occasionné une hémorrhagie assez abondante. Le fœtus s'est présenté par le siège en SIDP, il est mort

(1) Communications à la *Société anatomique*, séance du 23 avril 1886.

© BIU Santé

pendant le travail. Il est de sexe masculin et pèse 1410 gr. Le placenta, les membranes et le liquide amniotique n'offrent, à part l'insertion vicieuse, aucune particularité intéressante.

Lorsqu'on dit à la femme qu'elle avait accouché d'un enfant ayant une gueule de loup, elle n'en parut pas autrement étonnée et raconta que ses voisines lui avaient prédit qu'elle aurait un monstre, parce qu'elle ne faisait pas la moisson avec autant d'entrain que les années précédentes; elle-même a souffert pendant cette grossesse de douleurs de ventre et de vomissements fréquents; ce qui ne laissait pas que de la surprendre parce que, dans aucune de ses grossesses antérieures, elle n'avait eu d'indispositions, assure-t-elle. Loin de là, sa santé était meilleure pendant les gestations que dans leur intervalle. Il était intéressant de signaler ce fait.

Autopsie. — Après avoir ouvert la cavité abdominale, on voit tout d'abord la veine ombilicale pénétrer dans le

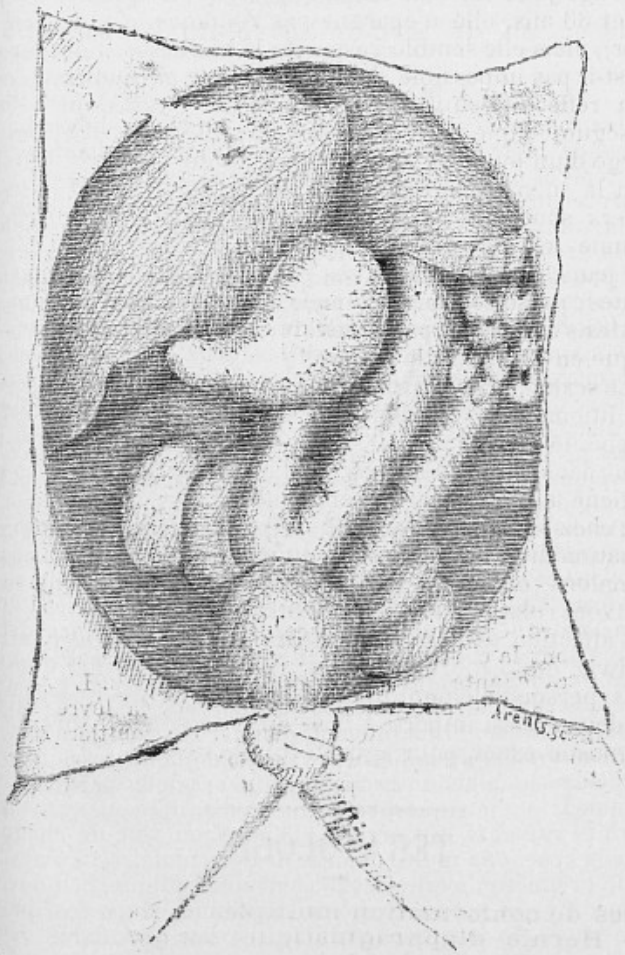


Fig. 82.— Le diaphragme est représenté en haut et à droite de la figure ; par son orifice sortent les anses de l'intestin grêle et le côlon ascendant. A gauche se voient le foie, au-dessous de lui l'estomac et le rein droit. En bas la vessie.

foie par sa face supérieure à l'extrémité d'un sillon antéro-postérieur creusé sur cette face et en occupant la moitié de la largeur.

L'ouraque est plus volumineux qu'à l'ordinaire, il aboutit à une vessie presque vide très volumineuse, aux parois flasques, qui dépasse le pubis de 3 centimètres. En soulevant le foie, on aperçoit, en haut et à gauche de l'estomac, un orifice diaphragmatique par lequel sortent de la cavité thoracique gauche une partie de l'intestin grêle et du gros intestin. Après les avoir attirés au dehors, on voit la rate à cheval sur l'orifice, moitié engagée dans le thorax, moitié dans l'abdomen. Elle présente sur sa surface externe un sillon assez profond qui la divise en deux parties. Ce sillon dans lequel vient se loger la lèvre postérieure gauche de l'orifice diaphragmatique, sépare la moité thoracique, de la moitié abdominale de la rate. Passaient dans le thorax la plus grande partie du jéjunium et tout l'iléon avec le cœcum ; quant au côlon ascendant, il descendait du thorax au devant des autres viscères herniés et venait, après un détour, se continuer avec le côlon transverse occupant au-dessous de l'estomac sa situation ordinaire, l'arc gauche du côlon était moins fixé aux parties profondes que normalement ; quant au côlon descendant et à l'S iliaque loin d'être fixés à la paroi abdominale, ils y étaient libres et retenus seulement à la ligne médiane postérieure de la cavité du ventre par un repli péritonéal leur constituant un véritable mésentère.

Le diaphragme ne présente d'anomalie qu'à l'orifice congénital ; celui-ci est de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Il est limité en dedans par le diaphragme musculaire, à bords arrondis, épais; en avant par un repli triangulaire, transparent, qui continue la direction du diaphragme, mais qui, ne contenant pas de fibres musculaires, est formé seulement par l'adossement des séreuses péritonéale et pleurale; en dehors, par le prolongement de ce repli qui suit le bord libre des fausses côtes et qui va peu à peu, diminuant d'épaisseur, mais sans cesser d'exister cependant, rejoindre les faisceaux musculaires tout à fait en arrière.

Organes de l'abdomen. Le foie ne présente d'autre particularité que l'insertion bizarre de la veine ombilicale. A la face inférieure, n'existe par conséquent pas la branche antérieure gauche de l'H de Meckel. La vésicule biliaire contient un mucus filant. — La rate très allongée, de 5 cent. de longueur, mais très mince, est divisée en deux parties par un sillon. Une petite rate accessoire dans l'épiploon gastro-splénique. — Estomac normal, ainsi que le duodénum et le pancréas. Sur l'iléon, à 40 centim. au-dessus de la valvule iléo-cœcale, se trouve un diverticule intestinal, long de 3 centim. cylindrique, terminé par une petite extrémité renflée, étranglée, à base ressemblant à un moignon de cicatrice. Ce diverticule libre offre un petit repli péritonéal qui le suit sur la moitié de sa longueur. Dans sa cavité s'ouvrent les deux bouts de l'intestin de chaque côté d'un éperon qui existe à sa base. Anus perforé.— Les reins et les capsules surrénales, ainsi que les uretères sont normaux. La vessie très volumineuse, comme cela a déjà été dit, s'ouvre dans le canal de l'urèthre qui ne présente ni diaphragme ni rétrécissement. Le testicule droit est à la partie inférieure du canal inguinal; le testicule gauche est encore au détroit supérieur.

Organes du thorax. Thymus, poumons normaux, sauf le poumon gauche qui est tout naturellement un peu atrophié. Les plèvres n'offrent d'autre disposition particulière qu'un adossement en arrière du péricarde où chacune d'elle envoie un petit cul-de-sac.

Sur le péricarde normal rampent les vaisseaux et nerfs diaphragmatiques.

Cœur. Le cœur de volume normal, n'offre pas sur la face antérieure de séparation bien nette correspondant à la cloison interventriculaire. En arrière des gros vaisseaux existe le détroit qui les sépare des oreillettes.

On incise d'abord le ventricule droit, et on prolonge l'incision dans l'artère pulmonaire et jusque dans l'aorte descendante par le canal artériel. Rien à noter du côté de l'artère pulmonaire qui offre ses trois sigmoïdes, et plus haut les deux orifices des branches droite et gauche qui se rendent aux poumons.

On incise ensuite la paroi gauche du ventricule gauche triangulairement, pour mettre la cavité à nu et on aperçoit tout d'abord un orifice de communication avec le ventricule droit. Cet orifice, de 4 mm. de diamètre, situé à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, laisse passer des cordages valvulaires dont on ne peut connaître la signification qu'en ouvrant plus complètement le ventricule gauche.

On remarque alors : 1° une disposition toute particulière de la valvule mitrale ; 2° l'absence de canal aortique et d'aorte.

© BIU Santé

1° Il est plus commode de décrire en même temps les valvules triscupide et mitrale.

La valvule tricuspide moins visible cependant qu'à l'état normal, n'offre pas grandes particularités, elle semble cependant se diriger vers l'orifice de communication interventriculaire pour se continuer à gauche.

La tricuspide entoure complètement l'orifice cardiaque droit ; ses cordages s'insèrent sur quatre piliers principaux, dont le plus volumineux se trouve au niveau du bord droit et antérieur du ventricule.

La valvule mitrale, au contraire, n'existe pour ainsi dire pas, à première vue ; elle paraît rudimentaire ; pour la mettre manifestement en évidence, il faut introduire un stylet dans le ventricule en le faisant descendre par une des carotides. On arrive de cette façon à séparer nettement la triscupide de la mitrale, qui paraissent se confondre au niveau de l'orifice de communication.

La valvule mitrale n'a qu'un pilier, le pilier gauche antérieur. En arrière il n'y a pas de pilier et les cordages très minces et très petits viennent directement de la petite

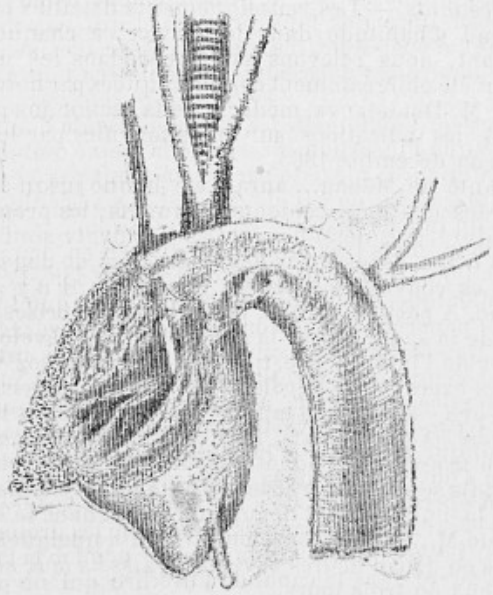


Fig. 83. — Le ventricule droit est ouvert ainsi que le tronc de l'artère pulmonaire qui se continue avec l'aorte thoracique. — Les orifices des artères pulmonaires droite et gauche se voient au niveau du coude de l'arc artériel. — Un stylet pénètre dans le ventricule gauche et traverse l'orifice de communication des ventricules. La veine cave supérieure est représentée au-dessus du stylet et dans la même direction (si bien qu'elle semble dans le dessin n'être que le prolongement de ce stylet). — Les carotides primitives naissent par un tronc commun, en avant de la trachée ; il en est de même pour les sous-clavières que l'on voit plus à droite.

valve de la mitrale pour s'insérer sur les points les plus voisins des parois ventriculaires.

La grande valve de la mitrale envoie la plupart de ses cordages au pilier gauche ; mais en outre, il en part deux longs cordages, dont l'un vient s'insérer sur la lèvre inférieure de l'orifice de communication interventriculaire du côté du ventricule droit, et dont l'autre, après avoir traversé dans sa largeur le ventricule droit, vient prendre insertion sur le grand pilier antérieur. C'est en raison de la présence de ces derniers cordages que les deux valves paraissaient comme imbriquées.

En haut la valvule mitrale s'insère sur l'anneau auriculo-ventriculaire et son canal communique avec l'oreillette gauche.

Les deux oreillettes communiquent par le trou de Botal incomplètement oblitéré ; au-dessous de lui leur cloison dépourvue de fibres musculaires, mince et transparente est constituée simplement par l'adossement des deux feuillets endocardiques. Les veines qui y aboutissent sont normales.

2° Il n'y a pas de canal aortique, avons-nous dit. Mais le stylet introduit par une carotide entre dans le ventricule gauche, il entre d'ailleurs aussi facilement dans le ventricule droit. Il passe en avant de la grande valve de la mitrale et si on incise le canal que traverse le stylet, on voit qu'on a affaire à un tronc artériel qui suit la direction de la portion ascendante de la crosse aortique et se bifurque au-dessus de l'artère pulmonaire pour donner naissance aux deux artères carotides. Ce canal, tronc commun des artères carotides, ne présente que deux valvules sigmoïdes, au-dessus desquelles deux orifices représentent les embouchures des artères coronaires d'ailleurs normales.

Les artères sous-clavières naissent par un tronc commun de la partie supérieure de l'aorte descendante à plus d'un centimètre au-dessous de l'embouchure du canal artériel. La gauche chemine obliquement sous la plèvre dans laquelle elle fait saillie pour rejoindre la clavicule, la droite passe en arrière de l'aorte, puis suit un chemin symétrique à celui de la précédente.

L'*encéphale* n'a rien montré d'anormal. Les circonvolutions étaient bien développées.

Dissection du bec-de-lièvre de l'observation précédente ;

Par A. BROCA, prosecteur de la Faculté.

On constate que cet enfant porte un bec-de-lièvre bilatéral de la lèvre supérieure, fendant toute la hauteur de ce repli et pénétrant dans la narine. La fissure n'est pas bornée aux parties molles, mais elle gagne le squelette. *A droite*, elle divise le rebord alvéolaire obliquement, puis devient antéro-postérieure et médiane. *A gauche*, le rebord alvéolaire est déprimé, mais non divisé. Le maxillaire est mobile sur l'intermaxillaire, mais la muqueuse établit la continuité. A partir du trou palatin antérieur, la fissure médiane pénètre dans les deux fosses nasales et laisse voir les deux faces de la cloison. Il y a donc une fissure alvéolaire unilatérale et une fissure palatine bilatérale. Le bord inférieur de la cloison est un peu épaissi, mais ne descend pas plus bas que les parties latérales de la voûte. Le voile du palais, divisé, est réduit à deux petits tubercules.

La dissection des germes dentaires a montré quelques particularités intéressantes. Le *tubercule osseux* (nous employons ce nom malgré l'absence de fissure réelle à gauche) est formé de deux petites masses juxtaposées, mobiles l'une sur l'autre. Chacune d'elles contient deux germes dentaires dont la couronne, parfaitement reconnaissable, a la forme tranchante qui appartient aux incisives. L'incisive latérale est, à droite, un peu déviée vers la lèvre de la fissure osseuse. Si maintenant on ouvre la gouttière alvéolaire en arrière de la fissure, à droite de la dépression déjà signalée à gauche, on remarque que ces deux parties, absolument symétriques, renferment d'arrière en avant les germes suivants. En arrière, d'abord, on voit de chaque côté la couronne multicuspidée de deux molaires. En avant de la première molaire est la couronne conique, peu développée (ce qui est la règle) de la canine. Mais, des deux côtés aussi, en avant de la canine, il existe un follicule dentaire où se trouve une couronne. Cette couronne est assez mal formée, mais elle est cependant aplatie et tranchante. Elle offre l'aspect d'une couronne d'incisive.

Ce fait nous semble avoir un intérêt réel dans la discussion actuellement pendante entre Kœlliker fils et Albrecht sur le siége exact de la fissure dans le bec de lièvre. L'opinion classique est, depuis fort longtemps, que la fissure alvéolaire passe entre la canine et l'incisive. On considérait comme exceptionnels les cas où elle sépare les incisives l'une de l'autre. Il y avait bien quelques observations anciennes (Lafaye, Tenon), mais elles étaient tombées dans l'oubli, et lorsqu'en 1856, à la Société de chirurgie, Chassaignac parla d'un tubercule médian à deux incisives (*Bull.*, 1re série, t. VI, p, 402), on se demanda si cela ne changeait pas toutes les notions acquises sur la pathologie du bec de lièvre. Les faits se sont multipliés depuis, et nous ne prétendons pas les rappeler ici. En 1868, Hamy s'en est déjà occupé en détail, et, sans vouloir admettre comme Leuckart la duplicité primitive, constante des

© BIU Santé

points osseux dans chaque os intermaxillaire, il pense que cela est possible plus souvent qu'on ne le croit.

Cette opinion a été reprise dans ces dernières années par Albrecht dans une série de publications. Pour cet auteur, il n'y a pas deux os intermaxillaires, mais quatre. De chaque côté, une petite masse osseuse est fournie et par le bourgeon nasal interne et par le bourgeon nasal externe. Dans le bec-de-lièvre, la fissure alvéolaire passe entre ces bourgeons, et non entre le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon nasal externe. Elle n'est donc pas limitée par la canine d'une part et l'incisive latérale de l'autre, mais chacune de ces lèvres porte une incisive. Il y a cependant des cas où le tubercule médian, dans le bec-de-lièvre double, porte sans conteste quatre incisives. Mais alors, il n'y en a pas moins quatre germes (deux molaires, canine et incisive précanine) sur le corps du maxillaire, en dehors de la fissure. Ces enfants ont donc six incisives, trois de chaque côté, et la fissure passe entre la seconde et la troisième. Il y a donc là une anomalie, anomalie regressive pour Albrecht. C'est une sorte de rappel de ce que l'on voit chez nombre d'animaux, doués de six incisives. Normalement, chez l'homme, la seconde incisive ne se développe pas et la fissure, quand elle existe, passe entre la première et la troisième.

Cette théorie est contestée par Kœlliker fils, soutenu par Langenbeck. Elle vient d'être défendue, en majeure partie, par Biondi (de Naples) (Congrès all. de chir., 1886). Sans vouloir affirmer son exactitude constante, nous remarquerons toutefois que notre dissection la confirme pleinement. Il y a bien ici six incisives, et la fissure passe entre l'incisive précanine ou externe et l'incisive moyenne. Reste à savoir laquelle de ces deux dents doit être considérée comme supplémentaire. Sans doute, l'incisive moyenne est la mieux développée des deux, mais on ne peut trop rien dire, étant donnés les phénomènes anormaux qui causent la persistance de la fissure osseuse.

Nous rappellerons en terminant que les faits de ce genre ne sont pas fréquents. Au dire de Gadaud (*Soc. anat.*, 1868, p. 471), Hamy a présenté autrefois à la Société anatomique un bec-de-lièvre avec tubercule médian à quatre incisives, tandis que chaque maxillaire portait encore une incisive précanine (1). D'après Gadaud, ce fait était unique à cette époque. Nous croyons toutefois qu'on peut en rapprocher un fait de Pigné (*Soc. anat.*, 1841, XVI, p. 209). Un homme de 22 ans portait un bec-de-lièvre unilatéral complexe à gauche, et avait à gauche neuf dents, deux en dedans et sept en dehors de la fissure. Les deux dents limitant la fissure étaient atrophiées. De là, Mercier (*Ibid.*, p. 335) a conclu à la permanence d'une dent de lait. Pigné croyait à la bifidité du germe de l'incisive latérale. Dans un cas analogue, Walther avait précédemment opiné pour la bifidité de la canine.

(1) Nous n'avons pas trouvé dans les bulletins l'observation de Hamy. Gadaud se borne à la résumer dans son rapport sur la candidature de cet auteur.

CLINIQUE NERVEUSE

Epilepsie idiopathique. — Démence paralytique. — Obstruction des voies respiratoires par des aliments : crico-trachéotomie. — Anciennes fractures des septièmes cartilages costaux;

Par BOURNEVILLE, P. BRICON et COURBARIEN.

L'histoire des vieux épileptiques offre souvent une série de particularités intéressantes, non seulement au point de vue de la pathologie nerveuse, mais encore au point de vue et de la pathologie médicale ordinaire et même de la chirurgie : telle est l'observation suivante :

OBSERVATION. — *Hérédité nulle* (?). — *Pas de consanguinité.* — *Premières convulsions à 3 ans.* — *Accidents convulsifs revenant 4 à 6 fois chaque année jusqu'à 6 ans.* — *Rémission de 8 ans.* — *Retour des accès à 14 ans.* — *Affaiblissement de l'intelligence* (29 ans); *idées religieuses : crucifiement.* — *Congestions méningitiques.* — *Tentative de suicide* (1865). — *Démence* (1880) *s'aggravant de plus en plus* (1881-1882); *gâtisme, embarras de la parole, etc.* — *Attitude spéciale.* — *Nombreuses cicatrices consécutives aux chutes convulsives.* — *Introduction d'aliments dans les voies respiratoires : crico-trachéotomie.* — *Broncho-pneumonie consécutive.* — *Mort.*

Autopsie : Broncho-pneumonie. — *Fracture double et symétrique des 7es cartilages costaux.* — *Artère vertébrale droite de moitié plus petite que la gauche.* — *Pie-mère un peu épaissie, sans adhérences.* — *Asymétrie des circonvolutions.* — *Scissure perpendiculaire externe simienne.*

Ménag....., Charles-Théophile, tourneur sur cuivre, entré à Bicêtre pour la troisième fois (1) le 22 décembre 1871 (service de M. BOURNEVILLE), est décédé le 20 mars 1885, à l'âge de 43 ans.

Antécédents. — Les *renseignements* détaillés tels qu'on les prend d'habitude dans le service, à chaque entrée, manquant, nous relevons seulement dans les notes qui nous ont été obligeamment communiquées par notre vénéré maître, M. DELASIAUVE, médecin de la section jusqu'à la fin de 1864, les indications suivantes fournies par le *père* du malade en décembre 1863.

La santé de Ménag... aurait été bonne jusqu'à l'âge de 3 ans; dès cet âge, accidents convulsifs; les premiers auraient duré une demi-heure. Ces accidents sont revenus jusqu'à 6 ans, séparés par des intervalles de deux ou trois mois. Les convulsions étaient générales; il n'y avait pas d'écume. A partir de 6 ans, disparition des crises, amélioration de la santé jusque-là chancelante et développement régulier de l'intelligence, qui était même assez vive; il a suivi les exercices de l'école et fait son apprentissage.

A 14 ans, est survenu un accès au milieu de la rue, en plein jour. A partir de là, les accès sont revenus tous les deux ou trois mois pendant trois ans, tantôt le jour, tantôt la nuit; ils se sont rapprochés ensuite et surviennent maintenant la nuit, surtout depuis un an, et dans le sommeil, sans que M... en ait conscience. Il en a quelquefois deux ou trois en douze heures et *reste affaissé à leur suite* pendant deux ou trois jours.

La *mémoire* a diminué beaucoup. Son *caractère* s'est modifié aussi; il est devenu morose, irritable et difficile. — Presque chaque mois, retour d'*idées délirantes religieuses* : il prie Dieu, se croit envoyé de lui pour guérir les épileptiques; il en a ressenti toutes les souffrances, et il ne veut plus qu'il y ait de ces malades sur terre. Ces jours passés, il se *mettait en croix*, disait être Jésus-Christ et voulait bénir son père et sa mère.

Au début, les accès étaient annoncés par un état de malaise, d'abattement et de tristesse qui durait deux jours. — Maintenant, on le surprend souvent mâchonnant dans son sommeil; c'est la terminaison de la crise, qui est encore révélée plus sûrement par des morsures de la langue, sinon constantes, au moins fréquentes. — *Céphalalgie* à la suite des accès. — *Contusions* nombreuses de la tête et du menton. — Cause de la maladie, inconnue; pas d'hérédité. — *Traitements antérieurs* : arsenic, valériane, applications fréquentes de sangsues, sans autre résultat que celui d'affaiblir la santé du malade.

Depuis le 10 décembre 1863 (date de la première entrée), jusqu'en juillet 1865, nous relevons le traitement par le *sulfate de cuivre*, l'apparition d'un *urticaire* fugace, de l'*agitation* avec *hallucinations*, menaces, etc., et de fréquentes *congestions méningitiques*. Le 12 mars 1865, dans un accès d'agitation, Ménag... se donne un *coup de couteau* sans gravité au côté. — Pour cette même période, le nombre des accès, par mois, a varié entre 1 et 7; celui des

(1) Il était entré une première fois le 10 décembre 1863, une seconde fois le 6 février 1868.

© BIU Santé

vertiges est plus élevé. En juin 1865, pas d'accès, 4 vertiges.

Etat actuel (17 mars 1885).—*Tête* de forme un peu carrée, élargie transversalement à sa partie supérieure, avec saillie considérable des deux bosses pariétales. La protubérance occipitale et les bosses frontales font une saillie moyenne. Nombreuses *cicatrices* à la racine des cheveux et à la partie postérieure de l'occipital, dont deux courbes, linéaires et très allongées. Léger sillon transversal répondant à l'articulation du frontal avec les pariétaux. — *Front* étroit, couvert de nombreuses *cicatrices*, les unes anciennes, les autres récentes; une autre linéaire, de 2 centimètres, à la partie supérieure de la tempe gauche. Les arcades orbitaires, effacées dans leur moitié interne, sont au contraire larges et saillantes dans leur moitié externe; à ce niveau, la peau est épaissie, couturée de *cicatrices*, privée d'un grand nombre des poils des sourcils, mais glisse facilement sur l'os. Bourrelet cutané, saillant, verticalement dirigé, s'étendant de la racine du nez sur le front et long de 1 cent. 1/2. — *Yeux* un peu enfoncés. — *Pupilles* contractiles très resserrées. Iris gris. Pas de lésion oculaire. La fente palpébrale gauche paraît légèrement oblique en bas et en dehors. — Le *nez*, large à sa base, présente quelques *cicatrices* à sa partie supérieure. — *Bouche* grande, lèvres épaisses. — Face arrondie et symétrique. *Oreilles* moyennes, égales, bien ourlées; lobule distinct.

Circonférence horizontale.	54 cent.	1/2.
Diamètre transversal maximum. . .	13 —	1/2
Diamètre transversal minimum . . .	11 —	
Diamètre occipito-frontal.	18 —	

Cou court. *Thorax* très étroit. Circonférence moyenne au-dessous des mamelons, 76 cent. Fausses côtes saillantes. Courbure de la région dorsale du *rachis* très accentuée dans le sens normal.

Abdomen un peu ballonné. — *Organes génitaux* : Poils assez abondants au pénil; verge grosse; bourses rétractées; testicules volumineux et durs. La racine de la bourse droite paraît plus grosse que celle de la gauche. — Pas d'onanisme constaté. — *Membres supérieurs* ordinairement fixés dans la demi-flexion (contracture cédant à une traction faible); il est plus difficile d'étendre horizontalement le bras. Muscles grêles : deux cicatrices de vaccin sur le bras gauche et une sur le droit. — Les *membres inférieurs* présentent de nombreuses cicatrices avec quelques ulcérations récentes, dont une sur la face antérieure de la cuisse droite et l'autre sur la malléole externe du même côté. Au niveau des deux trochanters, nombreuses cicatrices. En explorant le tibia gauche, on trouve sur la face interne une saillie très accusée, creusée d'une rainure oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et située à 5 centimètres de l'extrémité inférieure de la malléole interne : c'est un *cal vicieux* consécutif à une *fracture* survenue en 1869, qui a mis plusieurs mois à se consolider et s'est reproduite à plusieurs reprises, Mén... se levant avec son appareil.

Cœur : Battements sourds et mal frappés; pouls, 112 par minute. — *Sensibilité* générale, paraît normale. Sensibilité spéciale d'une exploration impossible. — *Peau et poils* : Cheveux clair-semés noir foncé, quelques-uns gris; calvitie du sommet de la tête. Poils longs assez abondants sur le devant de la poitrine. Poils grêles sur les bras et les membres inférieurs.

1880. 7 *avril*. Accès comme d'habitude; mais depuis le 4, abattement. Ne dit rien, ouvre les yeux quand il entend parler de son père; appétit conservé. Pupilles légèrement contractées. Sensibilité émoussée aux membres supérieurs; grimaces et mouvements, au contraire, quand on pique les membres inférieurs avec une épingle. Gâtisme intermittent. Démence assez prononcée.

15 *décembre*. Incohérence absolue, aucune réponse sensée à aucune question. Ne peut dire les noms des gens de service qu'il voit tous les jours, ni le jour de son entrée, son âge, etc.; sait seulement son nom. Embarras considérable de la *parole*.

1881. *Avril*. Revacciné sans résultat. Ne gâte que la nuit. Très violent, parfois cherche à mordre. Nombreuses contusions, plaies contuses et cicatrices résultant de chutes dans les accès.

1883. 11 *décembre*. Après beaucoup d'insistance, Mén... finit par répondre : « Ça..... va... a... a... » — On lui dit : « Bonjour. » — « Oui... », répart-il, et c'est tout. Il est incapable de s'habiller et de se déshabiller. Quelquefois il reste immobile devant son déjeuner sans y toucher, ou bien il mange salement avec la main et parfois essaie de prendre son bouillon avec une fourchette. — *Gâtisme* absolu. Le plus souvent, il reste immobile dans un coin. — *Parésie* passagère des jambes après les accès et durant deux ou trois jours. Pupilles contractées, mais égales. Il y a deux jours, sans motif appréciable, il est arrivé près de l'infirmier et a cherché à le mordre.

1884. 1er *juillet*. Pas de tremblement de la langue ni des lèvres. Forces affaiblies.

24 *décembre*. Frémissement des lèvres; hésitation marquée de la *parole*, « tou... toutou... alors vous vou... ou... dre... driez ». On arrive difficilement à lui faire ouvrir la bouche, mais on ne peut lui faire sortir la langue, qui tremble légèrement. — Egratigne parfois ses camarades quand ils le contrarient. Dynamométrie impossible. — D'habitude le malade tient la tête penchée; ses mains sont ramenées en avant de la poitrine, l'une sur l'autre; il marche en traînant les pieds et en inclinant le corps assez fortement en avant.

1885. 15 *mars*. Pendant qu'il mangeait, un morceau de pain ou de viande s'est engagé dans les voies respiratoires et menace de l'asphyxier. Le doigt porté profondément dans le fond de la gorge arrive presque à la partie supérieure du larynx sans avoir la sensation du corps étranger. L'inspiration est pénible et accompagnée d'un bruit de cornage intense. A la percussion, diminution de l'élasticité du thorax, mais sonorité à peu près normale. Le murmure respiratoire s'entend encore des deux côtés, mais affaibli, presque supprimé à gauche, où on entend en revanche la propagation du bruit laryngo-trachéal. Pas ou peu de tirage sus-sternal. La dépression épigastrique est plus accusée. — Par moments, la dyspnée devient plus intense; il se produit des quintes de toux qui rejettent des mucosités filantes et visqueuses; à chacune de ces quintes, la face blémit davantage, les extrémités sont froides, le pouls reste plein et fort.

Vers midi et demi, la *dyspnée* et la *cyanose* sont extrêmes, et l'interne de garde pratique d'urgence la section des parties molles au thermo-cautère et, au bistouri, l'incision de la membrane crico-thyroïdienne, du cartilage cricoïde et du premier anneau de la trachée (*crico-trachéotomie*). La respiration se rétablit lentement après l'opération, le pouls devient plus petit et filiforme à plusieurs reprises; sous l'influence d'excitations directes de la trachée par des attouchements de la muqueuse et de manœuvres de respiration artificielle prolongées pendant une demi-heure environ, les mouvements respiratoires se rétablissent, se régularisent.

Vers sept heures du soir, *rejet par la bouche de petits fragments de viande* d'abord, puis de *deux gros morceaux* en partie tendineux, nullement mâchés, sans traces d'altération. Le plus gros est aplati et mesure 4 centimètres dans les deux sens; le plus petit est allongé et a 4 centimètres de longueur sur 2 de largeur. T. R. 38°,8.

17 *mars*. Respiration fréquente. Pouls accéléré, petit. Face rouge, lèvres un peu cyanosées. Des sécrétions abondantes, visqueuses, opalines sont rejetées sans trop de peine par la canule. A l'auscultation, respiration exagérée, ronflante, avec transmission des bruits qui se passent dans la canule. — *Traitement* : potion de Todd, lait, potages, bagnols. Le lait n'est avalé qu'avec difficulté et rejeté en petite quantité par la canule. — T. R. M. 39°,8. — *Soir* : T. R. 40°.

18 *mars*. Nuit assez bonne. La rougeur de la face et la chaleur de la peau ont diminué et presque disparu. La

© BIU Santé

peau est moite. Les sécrétions sont aussi moins abondantes. A la percussion, submatité des deux bases; en ce point, murmure vésiculaire peu distinct et souffle léger. En avant, respiration ronflante. P. 80; T. R. 39°.

Du côté de la *plaie*, léger gonflement et rougeur des bords. La plaie elle même est grisâtre, mais suppure peu. — Hier, tentative d'enlèvement de la canule; mais la plaie étant fermée, la respiration est devenue si fréquente, avec production d'un bruit laryngé intense, qu'on a dû la remettre. — *Soir :* T. R. 40°. Vésicatoire à la base droite; lavement purgatif.

19 *mars*. Respiration fréquente, plaques de rougeur sur les joues. A l'auscultation, râles nombreux sous-crépitants. Peau très chaude, sèche. — Nuit dernière très agitée, avec mouvements désordonnés. 1/4 lavement avec 1 gramme de sulfate de quinine. T. R. 39°,8.

20 *mars*. Le malade est décédé à cinq heures du matin.

Tableau des accès depuis 1871 jusqu'à la mort.

Mois.		1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	Totaux.
Janvier	Accès.	»	12	34	4	11	3	5	10	14	23	»	»	9	1	2	3
	Vertiges.															1	
Février	Accès.	»	23	23	14	7	4	4	10	16	16	»	»	5	»	6	186
	Vertiges.																
Mars	Accès.	»	25	30	17	7	11	4	9	10	9	»	»	10	»	4	152
	Vertiges.																
Avril	Accès.	»	9	»	11	13	5	9	17	9	12	»	12	11	»	»	142
	Vertiges.																
Mai	Accès.	»	8	5	25	14	4	2	14	11	10	»	10	10	1	»	123
	Vertiges.																
Juin	Accès.	»	9	8	7	12	6	8	8	13	8	»	11	15	»	»	66
	Vertiges.																
Juillet	Accès.	»	13	7	5	19	12	4	8	13	7	»	2	13	2	»	65
	Vertiges.																
Août	Accès.	»	20	11	15	15	2	4	7	10	5	»	20	6	12	»	127
	Vertiges.																
Septembre	Accès.	»	18	9	16	2	5	9	11	12	8	»	10	8	9	»	142
	Vertiges.																
Octobre	Accès.	»	16	14	11	4	4	6	9	13	11	»	14	8	9	»	119
	Vertiges.																
Novembre	Accès.	»	19	9	8	16	6	6	13	12	5	»	8	11	11	»	87
	Vertiges.																
Décembre	Accès.	3	14	9	9	6	4	6	11	9	5	»	10	11	9	»	116
	Vertiges.																
Totaux	Accès.	3	186	152	142	123	66	65	127	142	119	87	116	107	120	42	1452
	Vertiges.												2	4	28	3	37

Poids. — 1879 : Novembre . . . . . 49 kil. 500.
— 1880 : Septembre . . . . . 51 kil. 900.
— 1885 : Janvier. . . . . 48 kil. »
— Après le décès. . . . . 46 kil. 20.
Taille. — 1881 : 31 juillet. . . . . 1 m. 56 c.

Dans le prochain numéro nous publierons le résultat de l'autopsie.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de Berlin.* M. Albert GUTTSTADT, privat-Docent a été nommé professeur ordinaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Question d'hygiène infantile.

Il est une drogue populaire débitée non seulement par les pharmaciens, mais encore par les herboristes, qui entre largement dans les prescriptions des sages-femmes et des matrones qui ont la prétention de connaître l'hygiène infantile; cette drogue est un sirop composé de racines de rhubarbe et de chicorée; elle porte le nom bien connu, trop connu, de *sirop de chicorée*; il y a bien peu d'enfants, surtout dans la classe pauvre, qui n'aient payé tribut à ce laxatif renommé. Le sirop de chicorée est, par excellence, le purgatif des enfants à la mamelle. Souvent, dès la naissance, ou dans les premiers jours qui suivent, parfois pendant des semaines et des mois, les malheureux nourrissons absorbent bon gré mal gré des doses énormes de sirop de chicorée. A la moindre alerte, au moindre accident digestif ou autre que présente le nouveau-né, on a recours à ce fameux sirop de chicorée dont l'usage est universel. Un enfant vient-il à pousser des cris trop répétés ou trop bruyants; a-t-il, sous l'influence de quelque erreur de régime, des selles verdâtres, abondantes et fétides; on dit qu'il a des coliques et le sirop de chicorée intervient sur le champ. Ce remède, dont la réputation n'est plus à faire, est d'un usage tellement répandu, tellement journalier, qu'il se délivre sans ordonnance et que les mères et les nourrices en ont toujours à leur disposition. Munies de ce précieux médicament, ces bonnes femmes peuvent dormir tranquilles; n'ont-elles pas sous la main une panacée qui assure la santé de leurs nourrissons et qui, dans tous les cas, leur permet d'attendre le médecin ou de se passer de ses visites ?

Nous avons voulu mesurer le champ d'action du sirop de chicorée et nous avons interrogé toutes les mères de famille qui se présentaient au Dispensaire de la Villette. Toutes, sans exception, avaient fait usage du sirop de chicorée; les enfants nourris au sein, il est vrai, n'avaient pris que quelques doses du médicament, dans les premiers jours de la naissance, sur les conseils de la sage-femme. Plus tard, forts de l'allaitement maternel qu'ils recevaient, ils n'avaient pas donné prétexte à la médication purgative. Cette catégorie de nourrissons résiste victorieusement aux premiers assauts du sirop de chicorée. Au contraire, les enfants allaités artificiellement (biberon) ou alimentés prématurément (bouillies, panades, etc.) meurent souvent victimes de l'usage intempestif, de l'abus du sirop de chicorée. Nous avons vu récemment une petite fille de six semaines qui prenait, depuis sa naissance, deux cuillerées à café de sirop de chicorée chaque jour. Elle avait une diarrhée continuelle (selles vertes et fétides) et elle était parvenue au dernier degré de l'athrepsie. Chez cette enfant, nourrie au sein, l'athrepsie ne reconnaissait pas d'autre cause que cet abus du sirop de chicorée conseillé par une sage-femme. Un petit garçon âgé de 12 mois, atteint de gastro-entérite, avait également été soumis au sirop de chicorée (2 à 3 cuillerées à café par jour) jusqu'à l'âge de six semaines, toujours d'après les conseils d'une sage-femme. Une multitude d'enfants,

© BIU Santé

dont nous ne pouvons rapporter les observations, nous ont été conduits pour des troubles intestinaux, pour des gastro-entérites aiguës ou chroniques provoquées, entretenues ou aggravées par l'abus du sirop de chicorée. La délicatesse et la fragilité du tube digestif des nourrissons nous expliquent les funestes effets des purgatifs chez les enfants du premier âge. Les sages-femmes, au lieu de se cantonner dans le domaine obstétrical qu'elles possèdent si peu, ne craignent pas de faire des incursions dans le domaine pathologique qu'elles ne possèdent pas du tout. Les quelques mots de médecine qu'elles ont recueillis de la bouche des accoucheurs ou des internes de la Maternité, les rendent présomptueuses et dangereuses pour les malades qui se confient à elles.

Nous les voyons, au mépris de la loi, afficher des consultations, pratiquer ouvertement la gynécologie, la pédiatrie, etc. Il serait temps que ces abus préjudiciables à la santé publique, prissent fin, et que nos accoucheuses fussent rappelées une fois pour toutes au sentiment de leurs devoirs.

En attendant, il convient de mettre en garde les familles contre l'incompétence des sages-femmes en matière de médecine et d'hygiène infantiles. Nous ne cessons, pour notre part, de lutter de toutes nos forces, au Dispensaire de la Villette, contre les doctrines fâcheuses propagées dans la classe pauvre par les sages-femmes. Ce sont les sages-femmes qui prescrivent à tort et à travers le sirop de chicorée ; ce sont les sages-femmes qui, sous des prétextes futiles, autorisent et encouragent l'allaitement artificiel ; ce sont les sages-femmes qui plaident auprès d'une population ignorante et crédule la cause néfaste du biberon, de l'alimentation prématurée, des farines lactées, des farines d'avoine et de toutes les substances que les industriels aux abois peuvent imaginer (1).

Il importe, dans l'intérêt des classes pauvres et de notre population qui cesse de s'accroître, que les médecins réagissent et luttent, par une propagande incessante, contre les préjugés et les erreurs enseignés par les charlatans et les guérisseurs des deux sexes. Les victimes de ces praticiens sans scrupule ne nous inspirent qu'un médiocre intérêt quand elles sont adultes et responsables ; les conseils éclairés et gratuits ne leur ont pas manqué ; tant pis pour ceux qui ne veulent pas entendre. Mais les enfants ! ces êtres innocents et irresponsables ! Ne faut-il pas les défendre contre les entreprises de tous les praticiens autorisés ou non qui menacent leur santé et leur vie ? Ne faut-il pas les défendre contre l'ignorance et la faiblesse des parents qui les confient à ces praticiens ? Les médecins seuls (dans les hôpitaux, dans les bureaux de bienfaisance, dans les dispensaires, dans les consultations particulières, etc.) peuvent combattre les préjugés, les erreurs, les abus qui entravent les progrès de l'hygiène infantile. C'est aux médecins qu'il appartient d'enseigner les règles de l'allaitement et de l'alimentation des nouveau-nés ; c'est aux médecins qu'incombe le devoir de rendre impopulaire l'usage de toutes ces drogues pernicieuses dont les nourrissons souffrent et meurent. Au nombre de ces drogues meurtrières, nous avons pris le *sirop de chicorée* parce qu'elle est la plus répandue et la plus funeste. Nous avons vainement cherché une indication qui justifiât l'emploi de ce purgatif. Si un nourrisson a la diarrhée, si les selles sont vertes et fétides, le remède est dans le retour à un allaitement bien ordonné, les purgatifs sont de nature à aggraver le mal. S'il s'agit d'une constipation plus ou moins opiniâtre, on veillera également au régime alimentaire trop souvent défectueux et, en dernier ressort, on sera autorisé à administrer quelques lavements émollients. Il sera *toujours* facile d'éviter à un enfant à la mamelle l'ingestion d'un remède irritant pour son tube digestif. S'il est une chose qui doive être respectée à cet âge, c'est bien l'estomac, cet organe qui est la source de l'assimilation et de la vie. C'est le cas de répéter le vieil adage : *maxima debetur puero reverentia*. Tout ce qu'on donnera à l'enfant, en dehors du *liquide vivant* qu'il puise directement à la mamelle, est mauvais (aliment ou remède) et doit être condamné par l'hygiène. Il faut excepter les cas de maladie avérée et non provoquée par une erreur hygiénique. Encore une fois, il n'y a que le sein qui convienne aux enfants (de la naissance à 12 mois) ; il est imprudent d'introduire dans un estomac de cet âge autre chose que le lait féminin. La source de l'immense majorité des maladies du premier âge, la source de l'athrepsie qui tue les enfants par milliers, la source du rachitisme, la source des scrofules, etc., etc., est dans l'ignorance ou le mépris de cet axiome. Ignorance de la part des familles, ignorance et mépris de la part des sages-femmes. En attendant que de nouvelles générations de sages-femmes plus éclairées et plus scrupuleuses aient dissipé les erreurs entretenues par leurs aînées dans les classes populaires, il faut que les médecins combattent avec toute l'énergie et tout le dévouement dont ils sont capables l'ignorance et la faiblesse qui font tant de victimes dans notre population infantile. Non seulement les médecins inspecteurs des nourrices peuvent rendre d'immenses services à l'œuvre de la protection de l'enfance, mais encore les médecins, qui n'ont aucun mandat, aucune mission officielle, doivent assister leurs confrères dans cette campagne généreuse digne des efforts du corps médical tout entier. C'est avec et par le concours de tous que les préjugés les plus dangereux disparaîtront, que les erreurs les plus funestes seront anéanties.

Pour résumer ces considérations, nous dirons que le sirop de chicorée doit être banni de la médecine des enfants à la mamelle. Ce purgatif, employé sur une vaste échelle, est d'autant plus dangereux qu'il est plus populaire. Destiné à prévenir ou à combattre les coliques, il a pour sûr effet de les provoquer ; il irrite l'estomac et l'intestin, il fait naître la diarrhée ou l'entretient. A la longue, il engendre l'athrepsie avec tout le cortège de ses accidents. Il mérite donc toute la réprobation qu'il nous inspire, et que nous éprouvons généralement pour toutes les drogues qu'on administre aux enfants du premier âge. Une bonne part, dans la mortalité exagérée de notre population infantile, doit être attribuée à l'em-

(1) Quelques médecins, il est vrai, consentent à signer des réclames pompeuses en faveur de ces agents de destruction de l'enfance ; mais ces médecins constituent l'*exception*.

© BIU Santé

ploi du sirop de chicorée et des médicaments similaires qui, de concert avec l'allaitement artificiel, sont les principaux facteurs de la gastro-entérite et de l'athrepsie. Dr J. Comby.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 septembre 1886. — Présidence de M. Emile Blanchard.

M. Berthelot présente à l'Académie un exemplaire d'un volume portant pour titre « Hommage à Chevreul, à l'occasion de son centenaire, 31 août 1886 », et contenant des travaux de MM. Ch. Richet, Ponchet, Grimaux, Gautier, Dujardin-Beaumetz, Demarçay et Berthelot.

M. Mariano Semmola (de Naples) lit un mémoire sur l'*ataxie paralytique du cœur, d'origine bulbaire*. Le système nerveux est capable, à lui seul, de produire des troubles analogues à ceux des maladies organiques du cœur les plus graves (dysystolies, dyspnée, hydropisie, stases veineuses, etc.), mais encore capables de guérison. M. Semmola reconnaît: 1° *une période prodromique* se manifestant par des troubles fonctionnels de l'estomac et du cœur, chez des individus épuisés surtout par des excès vénériens et des frayeurs ; la systole cardiaque est affaiblie avec simple accélération des battements ; — 2° une *période confirmée*, caractérisée par des troubles qui se montrent dans l'ordre suivant : A. Accès de palpitations, de dysystolie et de troubles respiratoires ; — B. Développement d'une coloration marbrée sur les mains, l'avant-bras et les jambes ; sans œdème ; — C. Anxiété respiratoire avec quelques râles crépitants à la base des poumons ; — D. Accès de suffocation qui réveillent le malade à peine endormi ; — E. Œdème des pieds, constituant l'ouverture de la période terrible de la maladie. La dysystolie devient permanente et bientôt se développent tous les symptômes les plus graves des maladies organiques du cœur non compensées (hydropisie, stases veineuses, dyspnée, etc.).

M. E. Maupas décrit la *reproduction par conjugaison chez les infusoires de la famille des Paramécies*, à propos du rôle du nucleus et du nucléole.

M. Sacc adresse une note relative au *Bejuco*, plante employée dans les pays équatoriaux contre la morsure des serpents venimeux. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre. — Présidence de M. Sappey.

M. Larrey annonce à l'Académie que le malade opéré par M. Polaillon et qui a fait l'objet d'une précédente communication est en bonne voie de guérison.

M. Semmola (de Naples) fait une communication sur la maladie de Bright. Déjà dans des travaux antérieurs l'auteur avait cherché à préciser par des recherches expérimentales les conditions du développement de la maladie de Bright. Ses nouvelles expériences l'ont amené à conclure que la condition qui force les albuminoïdes du sang à être éliminés de l'organisme est leur diffusibilité pathologique. Celle-ci devenant synonyme d'inassimibilité toutes les fois que l'assimilation devient difficile, l'albumine sort par les émonctoires naturels et l'albuminurie est constituée, mais sans que pour cela il existe une lésion du rein. M. Semmola a pu produire la maladie de Bright expérimentalement en injectant du blanc d'œuf dans le tissu cellulaire sous-cutané et cela avec tous les symptômes classiques de la maladie. Un point intéressant était de savoir ce que devenait le système des glandes de la peau. Aussi l'auteur s'est-il livré à cet égard à de nombreux examens microscopiques et il a pu remarquer que les lésions cutanées consistaient en une atrophie de la couche de Malpighi avec prolifération du tissu conjonctif avoisinant et raréfaction des glandes sudoripares. Il conclut de toutes ses recherches que la peau est le véritable point de départ de la maladie ; c'est sur elle en effet que s'exerce l'action du froid humide cause prépondérante et peut-être la seule qui puisse être invoquée dans la pathogénie du mal de Bright.

M. Ball donne lecture d'un mémoire sur *la responsabilité partielle des aliénés*. Ce mémoire est basé sur le double caractère d'Euphrasie Mercier, qu'un récent procès vient de faire connaître. Après avoir montré par des exemples qu'il y a des aliénés de génie et d'enthousiasme, Newton, Auguste Comte, Luther et Jeanne d'Arc, l'auteur reconnaît qu'il existe une autre catégorie de ces mêmes êtres et qui eux peuvent être criminels. La société a le droit de se défendre contre ces derniers, et si l'irresponsabilité devait avoir force de loi pour eux, si en un mot, par ce seul fait qu'ils sont déclarés en dehors de la loi commune la loi n'avait pas prise sur eux, ce serait ouvrir la porte à tous les excès et à tous les actes les plus répréhensibles. Enlevez le châtiment pour de tels êtres et la crainte n'existant plus, ils pourront se livrer en toute liberté à leurs pernicieux instincts. Aussi pour arriver à protéger la société, et la mettre en garde contre les tentatives de ces derniers fous, est-il nécessaire de maintenir une pénalité, de bien préciser la responsabilité des coupables, et d'établir une responsabilité partielle qui permettra l'application de peines et de châtiments proportionnés au degré de puissance et d'activité cérébrale dont ils auront fait preuve (1).

M. Gallard : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie un exemplaire de mes études sur la *Pathologie des ovaires*. Cet ouvrage se divise en deux parties. La première, qui a été publiée il y a quelques mois déjà, est consacrée à la menstruation et à ses troubles.

Dans la seconde, qui vient de paraître ces jours-ci et qui est consacrée aux maladies propres à l'ovaire, je me suis plus spécialement occupé des altérations pathologiques de cet organe, au premier rang desquelles figurent les hémorrhagies et les inflammations (hématocèles et phlegmasies péri-utérines).

J'y ai réservé un chapitre aux états nerveux qui peuvent être considérés comme étant sous la dépendance de l'ovaire, et j'y ai tracé une monographie, aussi complète que le permet l'état actuel de la science, des kystes et des autres tumeurs de l'ovaire qui sont en ce moment l'objet de recherches dont tout le monde reconnaît l'importance et l'actualité,

M. J. Chatin présente des larves de Techomyza fusca expulsées du tube digestif d'une femme qui présentait des troubles gastriques et intestinaux dont l'origine fut toujours méconnue. Ce cas est un des rares exemples qui aient été signalés dans la science. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 avril 1886. — Présidence de M. Cornil.

26. Pneumonie et endocardite végétante ; par F. de Grandmaison, interne provisoire.

Le cœur présenté à la Société anatomique provient du nommé D .. François, âgé de 73 ans, marchand ambulant, entré le 27 janvier 1886 dans le service de M. le Dr Talamon, à l'hôpital Broussais ; il venait de l'hôpital Tenon. Quand il est entré à l'hôpital, il présentait aux jambes des ulcères variqueux, il avait de l'emphysème pulmonaire et un souffle au premier temps et à la pointe du cœur, sur l'existence duquel on avait basé le diagnostic insuffisance mitrale. Le malade allait bien, ses urines étaient claires et normales, il supportait facilement sa lésion cardiaque, quand, le 31 mars, il fut subitement pris d'un point de côté très violent à droite, s'accompagnant de crachats sanglants et de râles sous-crépitants nombreux. En même temps, il eut une diminution notable dans la quantité de ses urines qui

(1) Il est inutile de dire que la rédaction n'entend nullement accepter la responsabilité des opinions émises par M. Ball.

© BIU Santé

devinrent très foncées et hématuriques et atteignaient tout au plus, comme quantité, 1 litre par jour. Elles contenaient 3 gr. 50 d'albumine, si bien que la lésion rénale semblait dominer la scène et que quelques jours avant la mort du malade on avait posé le diagnostic d'urémie. Pendant tout le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition du point de côté jusqu'à la mort, le malade n'a pas eu de fièvre; un seul jour il a eu 38°,4, et encore a-t-on cru pouvoir attribuer cette petite ascension de la température à la modification du régime alimentaire; le malade avait demandé qu'on lui supprimât son régime lacté. Il meurt le 19 avril 1886.

A l'Autopsie, les *reins* sont volumineux, pèsent chacun 220 grammes ; ils sont rouges, tachetés de blanc et de gris, et la substance corticale est notablement augmentée d'épaisseur. Les deux *poumons* sont boursouflés, emphysémateux et le poumon droit présente à la base un noyau de pneumonie à la période d'hépatisation rouge, ayant l'étendue de trois doigts en hauteur. La *rate* est volumineuse. Le *foie* l'est aussi et, de plus, il est congestionné. La convexité des *hémisphères cérébraux* présente un peu d'œdème. Le *cœur*, volumineux, pèse 570 grammes. Les deux valvules mitrale et tricuspide présentent des végétations filamenteuses, très confluentes en deux points. Les végétations tricuspidiennes sont les plus développées. Les deux valvules sont très athéromateuses. Les valvules aortique et pulmonaire sont saines. L'artère aorte est légèrement athéromateuse. En présence de l'hypertrophie de la rate, du foie et des reins, et voyant que les végétations développées sur les valvules mitrale et tricuspide étaient d'origine récente, M. Talamon attribue la mort du malade à une maladie infectieuse généralisée, à point de départ pulmonaire, et les pneumocoques en s'accumulant au niveau des valvules auriculo-ventriculaires auraient déterminé le développement des végétations présentées à la Société anatomique.

27. Angine de poitrine. — Dégénérescence du cœur. — Rétrécissement de l'artère coronaire antérieure. — Mort subite ; par Robert Leudet, interne des hôpitaux.

La nommée Leg...., 46 ans, couturière, entre le 16 avril 1886, à l'hôpital Tenon, salle Maurice Raynaud n° 3, service de M. R. Moutard-Martin. Sa santé toujours bonne, n'est altérée que depuis 3 ou 4 mois; par moments, gêne respiratoire, poids sur la poitrine, palpitations ; ces phénomènes sont aggravés par les excès de travail, ou une marche rapide. Dans certains moments, la malade doit s'aliter quelques jours pour voir diminuer ses étouffements; pendant un de ces accès, elle dit avoir rendu des crachats mêlés de sang. Jamais de séjour à l'hôpital. Vient à la consultation portée plutôt que soutenue par deux personnes. Deux heures après l'entrée, nous trouvons L... assise dans son lit, étouffant; cyanose ; refroidissement des extrémités (T. R., 37°,4). Elle a rendu un ou deux crachats très épais, adhérents au vase, jaunâtres. Râles intenses de congestion pulmonaire couvrant les bruits du cœur qu'on ne peut entendre, la suspension de la respiration ne pouvant avoir lieu un instant.

Pouls petit, régulier, un peu fréquent (82). Pas d'albumine dans les urines (ventouses sèches, Todd, injections sous-cutanées de morphine de 0,01 centigr.).

Le lendemain, le faciès s'est modifié d'une façon surprenante ; cyanose et dyspnée bien moindres. La malade a un peu dormi; aux deux bases, gros râles crépitants encore nombreux. Mêmes caractères du pouls; les bruits du cœur entendus aujourd'hui sont normaux.

Les jours suivants amélioration continue et rapide; respiration normale; on n'entend plus aucun râle.

La cause des accidents est attribuée à l'état du cœur; on diagnostique une myocardite, bien que les battements du cœur soient normaux et passablement énergiques. Mais en même temps le pouls est faible et petit, en disproportion frappante avec l'intensité du choc cardiaque, fait signalé par Aran, Friedreich et d'autres auteurs dans la myocardite.

Sauf ce signe, huit jours exactement après l'entrée, l'état est redevenu bon ; elle se lève sans aucune gêne et se prépare à sortir dans deux jours ; le 17 avril elle s'assoupit dans l'après-midi. Quelque temps après, on entend la tête de L... frapper la table près de son lit ; la respiration est à peine sensible, les yeux fermés, la face violacée. Elle meurt en quelques instants.

A l'Autopsie, rien au cerveau, poumons sains, sans infarctus ; reins et foie normaux. Le cœur seul offre des lésions très marquées ; il pèse 375 grammes; surcharge graisseuse, parois un peu épaissies, surtout celles du ventricule gauche. Endocardite végétante de la valvule mitrale; rien au cœur droit. L'aorte, légèrement athéromateuse, a ses valvules intactes. L'artère coronaire antérieure présente un épaississement très considérable de sa membrane interne. Au haut du sillon interventriculaire le vaisseau est rétréci à un très haut degré et entouré d'une zone d'aspect fibreux. Cette altération est appréciable au dehors par une teinte plus blanchâtre correspondant au point où l'artère se dirige en bas pour suivre le sillon interventriculaire.

La coronaire postérieure est intacte.

Le myocarde est mou, décoloré; on y voit à l'œil nu des traînées de substance graisseuse. Un examen histologique sommaire nous a permis, en traitant par les vapeurs d'acide osmique une coupe pratiquée vers la pointe du ventricule gauche, colorée d'abord par le picro-carmin, de constater dans les fibres musculaires l'existence d'une certaine quantité de graisse. M. le Dr Letulle, médecin des hôpitaux, a bien voulu se charger de l'examen histologique qui sera publié ultérieurement.

28. Cancer latent de l'estomac. — Péritonite cancéreuse ; par Dagron, interne provisoire.

P..., âgé de 53 ans, bouvier, ne présente aucun antécédent cancéreux dans sa famille. Etant adolescent, il dit avoir eu une fièvre typhoïde qui a duré six semaines. Sans être robuste, il avait une bonne santé ; toutes ses fonctions se faisaient bien. Il avoue quelques excès alcooliques, mais irréguliers, puisqu'il restait plusieurs semaines sans boire de vin, et, que d'autres fois, il buvait par jour trois litres de vin, de l'eau-de-vie le matin et après déjeuner. Il n'a, cependant, jamais présenté de signes d'alcoolisme ; il n'accuse ni vertiges, ni tremblements, ni cauchemars. Il n'a jamais vomi. Il y a un mois environ, au milieu de janvier, sans cause appréciable, il s'aperçut que son ventre gonflait; le gonflement s'exagérait après le repas. Trois semaines après, ses jambes se gonflèrent de même, et comme, malgré le repos au lit, il ne remarquait aucune amélioration, il entra à l'hôpital. Le jour de son entrée, le 7 février 1886, son faciès est cachectique, mais non boursouflé ; les téguments sont pâles, mais ne présentent pas la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse. Son état général paraît cependant assez bon ; il a bon appétit et bon sommeil. Il se trouve faible. A l'examen physique, on trouve le ventre tendu, mais non douloureux ; il y a œdème de la paroi. Par la percussion superficielle, on trouve peu de liquide dans le péritoine. Matité aux hypochondres, surtout à droite. Les membres inférieurs sont assez fortement œdématiés ; l'œdème n'est pas douloureux. Les urines sont normales : pas de sédiments, pas d'albumine, pas de sucre. Au cœur, l'auscultation nous fait entendre un souffle systolique à la pointe. Rien d'anormal aux poumons. Le malade respire bien.

Le 1er *mars*, l'abdomen est plus tendu ; la circulation collatérale s'est développée ; les urines sont devenues sédimenteuses et rares (250 à 500 gr.), leur dépôt est briqueté. Le malade se plaint de quelques douleurs au niveau de l'ombilic. Pas de vomissements.

Le 15 *mars*, les veines sous-cutanées de l'abdomen sont devenues considérables. Peu d'ascite. Le foie paraît très gros. Le ventre est assez douloureux. Deux vomissements porracés la veille et l'avant-veille.

Le 20 *mars*, l'épanchement péritonéal a singulièrement

© BIU Santé

augmenté, la respiration étant un peu gênée, une ponction est décidée.

Avant la ponction, le ventre est globuleux et non aplati. La sensation de flot est très nette. La percussion donne de la matité sur toute l'étendue : il n'y a pas de sonorité sus-ombilicale. Sur certains points, et plus particulièrement à gauche, tandis que la percussion superficielle donne de la matité, quand on déprime la paroi, la percussion donne de la sonorité. En examinant le malade couché alternativement sur les côtés, on constate, par la percussion, un déplacement manifeste du liquide, mais ce déplacement est très ralenti. Ces signes amenèrent à se servir du petit trocart de l'appareil Potain. La ponction est faite au flanc droit et on retire six litres de liquide légèrement rouge. Après la ponction, on trouve l'hypochondre droit vide. A l'épigastre on sent une masse non lisse de consistance variable ; surtout sur la ligne ombilicale, se trouve une sorte de noyau dur. Mais l'abdomen ne tarde pas à se tendre de nouveau ; le malade se cachectise de plus en plus, les yeux s'excavent, les joues se creusent, la voix s'affaiblit, l'œdème des jambes augmente et le malade meurt le 30 mars.

A L'AUTOPSIE, on trouve à l'ouverture de l'abdomen une quantité assez considérable de liquide hémorrhagique. Le péritoine pariétal est fortement épaissi. En avant de la masse intestinale on voit des caillots et l'épiploon est infiltré, œdématié.

Tout le péritoine pariétal est épaissi, charnu, rugueux à sa surface. Cet aspect est surtout visible au niveau du diaphragme où la séreuse atteint un millimètre environ d'épaisseur. Au niveau du péritoine viscéral, le paquet intestinal est moyennement ratatiné. A côté de l'épaississement du mésentère, il existe à la surface des traces de péritonite aiguë (fausses membranes fibrineuses), et quand on cherche à détacher les anses intestinales, on voit qu'elles sont adhérentes. Ces adhérences sont constituées, tantôt par des lames fibrineuses, tantôt par des tractus celluleux. Il y a donc eu péritonite aiguë et péritonite chronique. On trouve, de plus, à la surface de l'intestin, un semis de petites granulations grisâtres, saillantes, sensibles au doigt. Toutes ces lésions sont plus marquées à la partie sous-diaphragmatique du péritoine. Là, les différentes portions du péritoine épaissi masquent complètement les organes, il faut les chercher et les détacher les uns des autres. Pour cela, il a fallu déchirer le foie et sculpter la rate. L'estomac, une fois isolé, nous apparaît diminué de volume : il n'est pas plus gros que le côlon transverse. La petite courbure mesure six centimètres ; la grande courbure vingt centimètres environ. Il est très épaissi, surtout au-dessous du cardia, à la grosse tubérosité. Les parois en sont indurées, et il ne revient pas sur lui-même à l'état de vacuité. A la coupe, le tissu paraît très dur : on note au-dessous du cardia un centimètre et plus ; l'épaisseur va en diminuant jusqu'à la région prépylorique. Cependant, au niveau de la petite courbure, l'épaississement est partout le même. La muqueuse paraît saine au niveau du pylore et dans la région prépylorique. Elle est décollable, glissante et souple et forme de nombreux replis. Mais elle est lisse à la grosse tubérosité, et là, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, la muqueuse manque. Le fond de l'ulcération est formé par des stries ; les bords en sont coupés comme à l'emporte-pièce. Il n'y a pas bourgeonnement. C'est à ce niveau que la paroi gastrique présente son maximum de dureté. Dans cette portion de l'estomac, la paroi doit son épaisseur aux tuniques péritonéales surtout, puis sous-péritonéale et musculaire. L'orifice supérieur de l'estomac n'est pas malade, mais la lésion s'arrête juste au niveau du cardia. La valvule pylorique est saine ainsi que le duodénum. La rate est accolée à la grosse tubérosité de l'estomac par sa face interne ; sa face externe est adhérente au diaphragme. Il faut la disséquer et on ne peut la retrouver qu'en incisant cette masse. Son tissu est dense et présente de nombreux tractus conjonctifs. Sa masse se trouve encapuchonnée par le péritoine épais et charnu (un centimètre d'épaisseur à certains points).

L'épiploon gastro-hépatique se trouvant tassé, la face inférieure du foie est adhérente à la face correspondante de l'estomac et du duodénum. La vésicule biliaire est adhérente au côlon transverse, on ne peut l'en séparer. Le canal cholédoque peut être parcouru par la sonde cannelée dans toute sa longueur. Le tissu hépatique est brun et flasque à la coupe. Pas de cirrhose. Le foie pèse 950 grammes. Il adhère au diaphragme à la partie supérieure. Le tissu conjonctif ne pénètre pas dans la profondeur du foie. Le sinus de la veine-porte et ses branches sont diminuées de volume. Le calibre est environ la moitié du calibre normal.

Le côlon transverse est considérablement diminué de volume, ce qui paraît expliquer la dilatation cœcale. A la coupe, on trouve sa muqueuse intacte, mais ses deux autres tuniques considérablement épaissies. Le duodénum ne paraît pas malade : lorsqu'on suit son trajet, on arrive à un jéjunum épaissi, mais dont la muqueuse est saine. Le cœcum et le côlon ascendant sont considérablement dilatés ; l'appendice iléo-cœcal est très épaissi. Derrière l'estomac, et à la petite courbure, il existe une notable quantité de ganglions petits et durs. Un chapelet ganglionnaire se retrouve tout le long de l'aorte et de la veine-cave inférieure.

Les reins sont gros. Dégénérescence amyloïde surtout sur les glomérules.

Le péricarde présente des adhérences fibreuses, surtout à la partie postérieure, au niveau du sillon auriculo-ventriculaire ; on voit sur la portion cardiaque de la séreuse quelques plaques laiteuses. Le myocarde est brun. Le cœur est en général petit : les valvules présentent quelques rares nodosités au niveau de l'orifice mitral. Dégénérescence graisseuse des fibres du myocarde. Pas d'athérome artériel. Les poumons sont sains dans presque toute leur étendue ; un peu de congestion aux bases. La plèvre diaphragmatique est fortement épaissie, de sorte que le diaphragme semble étouffé par les deux séreuses.

L'*examen histologique* des portions ulcérées de l'estomac, a montré que la muqueuse était détruite, que la sous-muqueuse existait encore sur les bords et était très épaissie en certains points. On y trouve des amas de cellules cancéreuses. La musculeuse est également épaissie. Elle présente du cancer infiltré à peu près uniformément partout, sous forme de traînées ou de petits amas de cellules cancéreuses, occupant soit les interstices des faisceaux, soit les faisceaux musculaires eux-mêmes. La sous-péritonéale est épaissie et présente de l'infiltration cancéreuse, comme d'ailleurs le péritoine épaissi (au moins dix fois). L'épaississement fibreux l'emporte ici sur l'infiltration cancéreuse. On a ensuite pratiqué des coupes histologiques : 1° Sur le péritoine, au niveau du diaphragme ; 2° sur des granulations péritonéales au niveau de l'intestin grêle ; 3° sur des ganglions lymphatiques hypertrophiés. Partout, dans tous ces points, l'infiltration néoplasique est de toute évidence. L'épaississement péritonéal est formé par du tissu fibreux infiltré de petits îlots néoplasiques. Les petites granulations de la surface de l'intestin ont la même constitution, et l'examen histologique montre qu'elles dépendent du péritoine et que l'intestin est indemne à leur niveau. Les ganglions sont totalement dégénérés. Il ne reste nulle part trace de leur texture normale.

La variété histologique du cancer est assez difficile à déterminer. Toutes les portions épaissies donnent une certaine quantité de suc ; celui-ci est constitué par des cellules variables de forme, généralement globuleuses. Nulle part on ne trouve de cellules cylindriques. Au niveau du ganglion, le pinceau dégage un stroma ganglionnaire typique ; cependant, sur un bon nombre de points, surtout au niveau de l'infiltration péritonéale, les cellules se disposent sous forme de revêtement assez régulier, limitant une petite cavité remplie de détritus cellulaires ou de cellules qui se colorent mal par le carmin, de façon à donner l'aspect de culs-de-sac glandulaires. Cependant, comme la plus grande partie des amas néoplasiques sont remplis de cellules sans cohésion, comme la trame alvéolaire est nette dans le ganglion, on peut admettre qu'il s'agit de *carcinome*.

© BIU Santé

Réflexions. — Cette observation présente quelque intérêt au point de vue clinique. Si le diagnostic du cancer de l'estomac est souvent facile quand il se base sur ses signes habituels (vomissements, hématémèse, cachexie et ses conséquences), il devient hésitant lorsque les signes gastriques font défaut ; surtout si le tableau clinique est constitué par des symptômes n'ayant aucun rapport avec le cancer de l'estomac, et regardés au contraire comme les stigmates de lésions toutes différentes, le diagnostic devient pour ainsi dire impossible. Tel est précisément le cas de notre malade. A son entrée dans le service, et pendant les premiers jours que nous l'avons examiné, en nous basant sur le souffle systolique de la pointe, le pouls petit, l'œdème des membres inférieurs, nous avons considéré le malade comme asystolique à la suite de lésions mitrales. Puis quelques jours après, on remarqua que l'œdème des jambes diminuant, l'ascite augmentait et devenait considérable, les veines sous-cutanées abdominales se développaient, les urines devenaient rouges et briquetées ; et songeant aux antécédents alcooliques du malade, on constitua ainsi le cycle complet de la cirrhose atrophique du foie. Mais d'autres signes se surajoutèrent : ce fut d'abord l'apparition de douleurs abdominales ; il s'établissait donc de la péritonite : puis après la ponction, qui amena un liquide hémorrhagique, on sentait à l'épigastre la présence d'un noyau dur. On pensa au cancer ; mais l'autopsie seule nous apprit la nature réelle de la maladie.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

X. Contributo alla dottrina della temperatura cefalica, (étude clinique et expérimentale) ; par L. Bianchi, A. Montefusco F. Bifulco. — Naples, 1885,

XI. Encephalic nomenclature Cœlian terminology ; par B.-G. Wilder. — *New-York Med. Journ.* mars 1885.

XII. Sulla dinamografia e sue applicazioni al diagnostico dei disordini motori nelle malattie nervose ; par T. Morselli. — Reggio. — Emilia, 1885.

XIII. Schema der Wirkungsweise der Hirnnerven ; par J. Heiberg. — Wiesbaden, 1885. J.-B. Bergman, édit.

XIV. Zur Pathologie des Gedächtnisses ; par A Pick. *Arch. f. Psych.*, XVII, 1, 1886 (tirage à part).

XV Ueber die histologischen Veränderungen der multiplen Sklerose (Inaug. dissertation von Strasbourg. — Berlin, 1886.

XVI. Physiologische Studien ueber Psychophysik ; par F.-C. Mueller, *Arch. f. Anat. und. Physiol.*, 1886 (tirage à part).

XVII. Klinische Psychiatrie ; par H. Schuele, *Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten*, in-8. — Leipzig, 1886. — F.-C.-W. Vogel, édit.

X. Comment se comporte la température de la peau de la tête pendant les mouvements volontaires. MM. Bianchi, Montefusco, Bifulco ont trouvé que, tandis que l'on fait exécuter des mouvements vifs et prolongés d'un bras, on constate sur la région pariétale du côté opposé une augmentation très notable de la température ; en même temps, les régions frontale et occipitale témoignent d'une hypothermie manifeste. La région pariétale du même côté marque aussi un léger degré d'hyperthermie. Il y aurait donc lieu de penser que l'action des zones motrices se traduit par une production de chaleur propre des deux côtés, mais plus accentuée du côté qui correspond aux mouvements exécutés. Ces phénomènes sont bien plus nets chez les paralytiques généraux que chez les individus sains. Le jeu de la température axillaire n'est pas du tout le même que celui de la température crânienne. D'expériences entreprises chez les chiens, les auteurs déduisent que la température encéphalique se transmet réellement à travers les os et les téguments du crâne, et que, par suite, la température prise à l'extérieur du crâne permet de se rendre compte du développement de la chaleur intracrânienne.

XI. *M. Wilder* propose une nouvelle classification des termes concernant l'axe cérébro-spinal, terminologie basée sur ses cavités et leurs voies de communication. Il invente de nouvelles dénominations propres, selon lui, à permettre une meilleure division. L'encéphale, en effet, se compose de cavités cérébrales. On doit le considérer comme constitué par un prosencéphale, un diencéphale, un mésencéphale, un épencéphale, un métencéphale. Le prosencéphale, c'est le cerveau proprement dit ou cerveau antérieur, dont la cavité prosocœle ou prosencéphalique embrasse les ventricules latéraux avec ses annexes (trou de Monro, etc.) débaptisés. Le diencéphale, ce sont les couches optiques et le cerveau intermédiaire ; on y trouve la diacœle, qui comprend notamment une partie du troisième ventricule. Mésencéphale désigne les tubercules quadrijumeaux et leurs appendices, ou cerveau moyen ; la cavité mésencéphalique ou mésocœle, c'est l'aqueduc de Sylvius. Dans l'épencéphale sont compris le cervelet et le cerveau postérieur ; l'épicœle, c'est une partie du quatrième ventricule et le ventricule cérébelleux. Enfin, le métencéphale désigne l'arrière-cerveau, la métacœle, le reste du quatrième ventricule. Epencéphale, métencèphale, épicœle, métacœle sont réunis sous le nom générique et synthétique de métépencéphale, métépicœle. La moelle spinale est formée aussi de cavités centrales distinctes ou myélocœles ; on y trouve une longue portion ou moelle proprement dite avec sa syringocœle ou canal central vrai, — un renflement lombaire avec sa rhombocœle que M. Wilder appelle sinus rhomboïdal. Le système nerveux central est le neuron (myélencéphale, axe cérébro-spinal, cavité et corde spinale) avec sa neurocœle (cavité myélencéphalique, canal central et ventricules). Les détails et les figures ne sauraient être consignés ici.

XII. Quelle est l'aptitude des muscles à conserver le degré de contraction qu'ils ont atteinte ? Par quel mécanisme chacun d'eux arrive-t-il à fournir la somme de coordination nécessaire à un mouvement déterminé qui ne peut avoir lieu que par le concours de plusieurs ? Comment passent-ils de l'état de repos à celui de construction et, inversement ; quel temps leur faut-il pour atteindre la contraction maxima ? Pour décider de ces questions, *M. Morselli* enregistre les données du dynamomètre. Il a obtenu de cette façon des courbes pleines d'intérêt chez l'homme sain, l'hémiplégique, le paralytique général, l'ataxique, dans la pseudo-paralysie alcoolique, la paralysie agitante, l'atrophie musculaire progressive, la sclérose en plaques, la sclérose cérébrale diffuse, la chorée, la crampe des écrivains, le tremblement sénile, le tremblement alcoolique, la neurasthénie.

XIII. Il ne s'agit pas dans la plaquette en carton de *M. Heiberg* d'un dessin schématique. C'est un résumé de la distribution des nerfs aux trois crayons. Quand on a affaire à un nerf crânien ou à un filet moteur, on en consigne le nom, la fonction, la répartition au crayon rouge ; le crayon brun jaunâtre s'applique aux nerfs sensitifs, le crayon bleu aux nerfs sensoriels spéciaux. Ainsi le mot trijumeau est écrit en trois portions ; chacune d'elles avec un crayon de différente couleur ; puis, à mesure qu'on en analyse la division, le détail de l'innervation et les parties innervées sont entièrement ou partiellement résumés avec l'un ou plusieurs des crayons qui en stigmatisent la fonction.

XIV. *M. Pick* démontre à la lumière d'une observation, que, lorsque après avoir perdu la mémoire on la recouvre, le retour du souvenir s'effectue dans un ordre sériaire déterminé qui est l'inverse de celui dans lequel il avait disparu. On récupère d'abord la mémoire des choses éloignées, puis celle des événements rapprochés.

XV. D'après ces nouvelles recherches de *M. Kæppen*, la névroglie se composerait normalement de fibres courtes et de fibres longues. Les longues fibrilles ne se verraient que sur des coupes longitudinales. Leur nombre serait plus considérable dans les foyers morbides. L'aspect finement granuleux de la névroglie serait le fruit d'une illusion produite par l'inflexion à angle aigu des fibres courtes. Les éléments cellulaires ne participeraient que faiblement au processus pathologique (3 observations) ; on en trouverait

© BIU Santé

une accumulation, d'ailleurs modérée (globes granuleux) dans les espaces lymphatiques périvasculaires. Les altérations vasculaires semblent indéniables (épaississments, etc). Dans les foyers apparaît un nombre prodigieux de cylindraxes absolument dépouillés de leur myéline et fréquemment hypertrophiés (coupes longitudinales). La résistance des cylindraxes à la destruction serait considérable dans la sclérose en plaques; de là, selon M. Kœppen, la bénignité fréquente de la maladie au point de vue des troubles de la motilité; il n'en est pas de même, et ce serait là un signe distinctif, à l'égard de l'ataxie locomotrice.

XVI. Quand on modifie l'intensité d'un excitant qui diminue l'irritabilité, l'irritation ne varie pas, pourvu qu'on ne fasse pas varier au delà de certaines limites la force absolue de l'agent d'excitation, et pourvu aussi que le rapport entre la modification de l'intensité et l'intensité première restent les mêmes. En dehors de ces limites, mais le rapport entre une intensité donnée et la modification d'une intensité immédiatement supérieure demeurant constante, on voit l'irritation croître lorsqu'il s'agit de faibles décharges, diminuer quand il s'agit de fortes décharges. Autrement dit, la loi de Weber n'est qu'un cas particulier psycho-physique d'une loi de neuro-physique générale. *M. Mueller* en tire les applications psychiques suivantes. La sensation qui se rattache à une distinction différentielle n'est autre chose qu'un jugement; évidemment, le processus psychique varie avec la variété de l'opération, de même que le processus psycho-physique, et par conséquent le genre de l'incitation qui lui a donné naissance. Une sensation correspond à un excitation qui agit avec une intensité constante, tandis que la sensation différentielle résulte d'une modification dans l'intensité de l'excitant. La sensation différentielle provient donc de l'irritation qui se produit sur le nerf périphérique quand on fait varier la force de l'excitation, ou plutôt elle est la résultante de la transition physiologique d'un état d'irritation à un autre. Comme, envisagée à ce point de vue, une image commémorative ou une conception représentative est identique à une sensation, on peut dire que, si deux conceptions représentatives se rattachant au même sens pénètrent dans la connaissance, cet organe devient le siège de deux états d'irritation successifs; de cette transition émane une irritation toute différente qui est précisément le rapport des deux autres. Tel est justement le phénomène auquel psycologiquement correspond la forme la plus simple du jugement.

Autres lois. Le processus psycho-physique, qui est le substratum de la sensation, en tant qu'état d'hypo-irritabilité, est directement proportionnel à l'intensité de l'excitant.

Le reste exige, pour être compris, un entrainement spécial et une vulgarisation particulière. La lecture préalable de la traduction française du livre de Wundt, dont nous rendrons compte sous peu, est seule apte à dissiper les obscurités techniques que nous visons ici.

XVII. Il n'est pas sans intérêt, à l'époque que nous traversons d'étudier, de méditer avec le plus grand soin, les traités qui, comme celui de *M. Schuele*, exposent dans leur intégralité l'état de la *psychiatrie* dans la plus grande partie de l'Allemagne. Nous appellerons tout particulièrement l'attention sur cette dernière édition, bien différente des deux autres. L'auteur s'est en effet préoccupé de tracer un tableau complet de l'enseignement clinique actuel au point de vue des doctrines, des classifications, du traitement et de la nosographie, sans se noyer dans les détails d'une psychologie ou d'une pathogénie idéale, spéculative. La psychiatrie clinique de Schuele est donc devenue un véritable *vade mecum;* je dis est devenue, car les premières éditions avaient été accusées d'obscurité. Aujourd'hui, on a entre les mains un livre très clair dans lequel les explications ne laissent rien à désirer ni sous le rapport du fond, ni sous celui de la forme. On trouvera réuni, dans les *Archives de neurologie*, l'ensemble du livre, nous y avons condensé la classification et la division de M. Schuele.

P. KÉRAVAL.

CORRESPONDANCE

Les médecins italiens et la Condotta médicale. (*Suite*)

Bologne, 15 mai.

Très honoré confrère et rédacteur (1),

Le contrat que nous avons traduit dans notre dernière lettre, n'a pas été choisi parmi les plus sévères. Il nous a été communiqué comme un exemple tout ordinaire de conventions entre municipalité et médecins. J'en ai sous les yeux plusieurs autres qui n'en diffèrent pas notablement. Ce premier contrat étant celui d'un médecin à Condotta limitée, je crois utile de rapporter ici les principales conditions imposées à un médecin à Condotta piena.

« La circonscription de Montepulciano, province de Sienne, offre 2,300 francs par an, avec droit à la pension et sans retenue, aux conditions suivantes : 1° Le Condotto donnera gratuitement des soins de médecine et de grande et petite chirurgie à tous les habitants du pays du district de Sinalunga, sans exclusion, y compris les militaires en congé et de passage, les enfants abandonnés et les prisonniers; 2° Il fera le service de l'hôpital de Sinalunga conformément au règlement actuellement en vigueur; 3° Il inoculera gratuitement la vaccine, délivrera tous certificats pour l'admission à l'hôpital et pour le mouvement ordinaire de la prison du mandement, aussi bien que ceux de visite nécroscopique requis par la loi sur l'état civil; 4° Il rédigera les rapports sanitaires mensuels et trimestriels et se prêtera gratuitement à toutes les recherches qui peuvent être faites dans l'intérêt de la santé publique par le syndic ou la commission d'hygiène locale; 5° Il résidera en permanence dans le village de Sinalunga, sans pouvoir s'absenter, à moins d'une permission préalable du syndic, qui pourra l'accorder pour huit jours, ou du conseil municipal, pour un temps plus long; 6° En cas de maladie ou d'absence de l'autre titulaire médecin-chirurgien de la Condotta, il le remplacera dans son service sans aucune rétribution, et en cas de vacance, il percevra l'émolument de la Condotta vacante, à moins qu'un intérimaire spécial n'y soit placé; 7° Il se prêtera gratuitement aux consultations dans la commune; 8° En deçà de 1 kilomètre, le titulaire n'aura pas droit au cheval ou au moyen de transport; 9° Le terme de trois mois est accepté pour la renonciation du titulaire ou le congé de la commune.

« Sinalunga, 20 décembre 1885. »

« *Le Syndic.*

D'après ces deux contrats de date récente, on voit dans quelle dépendance le malheureux Condotto est tombé. Avant ces dernières années, il lui suffisait de déplaire à la municipalité pour que celle-ci lui signifiât son congé. Et comme il est facile de déplaire, on peut même dire que tout Condotto faisant consciencieusement son service est sûr de déplaire. Ainsi que le fait très bien remarquer le Dr Probo Carafoli (*Eco degli Ospedali*, avril et mai 1883), le Condotto dépend du charcutier et autres marchands de denrées alimentaires ou de boissons. S'il a le malheur de signaler que leurs marchandises renferment des substances nuisibles, ce qui arrive assez souvent, il peut être sûr que ces honorables industriels, souvent membres influents dans le conseil, chercheront à le faire renvoyer à la première occasion favorable. On voyait aussi souvent des communes qui, après s'être servies d'un Condotto, pendant qu'il avait toute l'activité et la vigueur de la jeunesse, le congédiaient dès que la fatigue et la vieillesse rendaient son service moins parfait. Le médecin était considéré ni plus ni moins qu'une bête de somme. Le décret ministériel du 24 juillet 1885, établissant une nouvelle jurisprudence entre les communes et les employés communaux, est venu heureusement mettre des entraves à ces abus en permettant au médecin Condotto de présenter ses réclamations devant une commission d'enquête indépendante des municipalités. Si, au prix d'un asservissement aussi étroit, d'un service aussi fatigant, les médecins Condotti étaient largement rétribués, ce ne serait qu'une juste compensation. Il n'en est rien malheureusement et les chiffres publiés par les Annales de statistique le prouvent péremptoirement. Nous y lisons

(1) Voir *Prog. médical*, nos 28 et 30.

© BIU Santé

que les traitements de tous les Condotti portent au bilan des communes 14 millions de francs environ, à savoir : 8,661,173 francs pour les 4,154 médecins à Condotta pienà, et 5,331,015 pour les médecins à Condotta limitée aux indigents. Ce qui nous donne une moyenne de 2,085 francs de traitement pour les premiers et 1,563 francs pour les seconds! Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaire, surtout si l'on considère que les Condotti sont dans l'obligation d'entretenir un cheval (*cavalcatura*). On a raison de répéter en Italie :

Arte piu misera, arte piu rotta.
Non c'è del medico che va in condotta.

Il n'est pas de métier plus misérable, il n'est pas de métier plus tourmenté que celui du médecin qui va en Condotta.

Les Condotti les mieux rémunérés sont ceux qui habitent l'Italie septentrionale, tandis que, au contraire, dans l'Italie méridionale et surtout en Sicile, le traitement est insuffisant à faire vivre le Condotto qui n'a pas de ressources personnelles. Pour remédier à ce triste état de choses, tâcher d'améliorer leur situation et sauvegarder la dignité professionnelle, les médecins Condotti ont fondé, en 1874, une association qui a son conseil de direction à Rome et de nombreux comités en province, un bulletin mensuel et une caisse de retraite. Cette association se réunit chaque année dans une des grandes villes d'Italie en un congrès où sont discutés les intérêts des Condotti. Grâce à elle, déjà le sort de ses membres s'est sensiblement amélioré. La grande modification qu'elle réclame serait de faire des médici Condotti, des agents sanitaires, non pas des communes, mais du gouvernement.

Après avoir montré les inconvénients de la Condotta, nous devons maintenant convenir qu'elle peut avoir quelques avantages pour le médecin lui-même et qu'elle en a de grands au point de vue humanitaire. Le jeune médecin qui vient d'obtenir la laurea est sûr, en Italie, de trouver immédiatement une occupation qui lui permette de vivre, sinon luxueusement, du moins honnêtement. A la porte de toutes les facultés et des hôpitaux, partout où se rencontrent les médecins, sont toujours affichés plusieurs avis de concours pour des places de Condottà à prendre dans un délai très rapproché. En même temps que le pain assuré, le médecin trouve là un champ où il pourra développer ses aptitudes médicales. Il lui est permis ensuite, si sa première Condotta est d'un mince rapport, après qu'il s'est fait connaître, de se présenter à une Condotta plus lucrative. Il arrivera ainsi aux traitements de 3,000 à 3,500 francs. Il faut considérer que cette somme en Italie permet une vie plus large qu'en France. En Italie, les besoins sont moindres et tout ce qui est de première nécessité est d'un prix bien moins élevé. Enfin, les malades guéris par leur Condotto ont généralement l'habitude de lui faire un cadeau utile : sacs de blé, jarres d'huile, tonneaux de vin viennent remplir sa cave et ses greniers et diminuer d'autant sa dépense.

Un peu mieux rétribuée et dégagée de la dépendance municipale, la Condotta serait peut-être l'idéal du médecin consciencieux. Qui de nous n'a pas souvent regretté la nécessité où il est de taxer l'assistance qu'il prête à ses semblables : dure nécessité qui ne laisse pas que d'avilir la profession médicale et dont la Condotta affranchit.

Au point de vue humanitaire, les avantages de la Condotta n'ont pas besoin d'être longuement développés. Elle garantit à tous les indigents un secours prompt et efficace. Les règlements obligent le médecin Condotto à se porter immédiatement chez le malade qui réclame ses soins et à le visiter une ou plusieurs fois suivant les cas. Le Condotto est passible de peines s'il trangresse ce règlement. La preuve nous en est fournie par les paragraphes suivants du contrat contenant les charges et devoirs des médecins Condotti des districts suburbains de Bologne :

« Le Condotto est tenu d'accourir (*accorrere*) le plus promptement qu'il lui sera possible, partout où son ministère est réclamé... Il devra visiter les personnes atteintes de maladies aiguës pas moins d'une fois dans la journée et répéter la visite quand la gravité du cas le réclame. Dans les ordonnances médicales, le Condotto ne devra jamais négliger de concilier le mieux du malade avec l'économie des familles et de l'administration communale. Il devra tenir un registre de tous les malades pauvres où il consignera : 1° La date du jour où il sera appelé; 2° Les nom et prénoms du malade; 3° Son domicile; 4° La nature et la durée de la maladie; 5° Sa terminaison; 6° Le nombre des visites faites pendant le traitement. » Ce registre est un sûr moyen de contrôle pour le plus ou moins de soin que le Condotto apporte dans ses fonctions. Il lui sert aussi de défense, s'il est injustement attaqué par la municipalité qui l'emploie. Les infractions au règlement sont prévues ainsi qu'il suit : « Comme employés municipaux, les médecins-chirurgiens Condotti, en cas de transgression de leurs devoirs, sont passibles des peines mentionnées dans le règlement administratif concernant les officiers communaux. »

Les services rendus par les Condotti à l'hygiène publique sont bien définis dans ce même contrat de Bologne : « Il entre dans les attributs du Condotto de veiller à l'observation des règlements de police médicale sur la santé publique et sur toutes les causes qui peuvent l'altérer, faisant à l'autorité centrale des rapports circonstanciés et suggérant toutes les mesures qu'ils regardent comme les plus convenables à éloigner ces causes. « En cas de maladie contagieuse, il devra faire immédiatement son rapport à la municipalité et se prêter à tout ce qui lui sera ordonné par les autorités préposées à la santé publique, s'appliquant à obéir promptement à leurs injonctions, soit pour le traitement des maladies, soit pour les purifications, ventilations, fumigations et autres moyens de préservation.

« A la requête de l'autorité, le Condotto doit se prêter à toute visite, examen ou rapport concernant l'hygiène et recueillir aussi toutes les statistiques intéressant l'hygiène publique et privée du territoire confié à ses soins, informant qui de droit, par des rapports raisonnés, du résultat des recherches exécutées et des inspections. »

Enfin, l'institution des Condotti a encore l'avantage d'assurer un service régulier de vérification des décès. Ils sont tenus à fixer, autant que possible, la cause de la mort et à dresser la statistique de la mortalité dans leur circonscription. Les bulletins sont centralisés et servent à composer ces tableaux très sérieusement dressés qu'on peut consulter dans les annales de statistique italiennes.

Il y aurait encore bien des choses intéressantes à dire sur la Condotta et les Condotti. Nous espérons cependant avoir rempli notre but qui est de faire connaître l'utilité de ces médecins municipaux et de faire désirer, toutefois avec de notables modifications, qu'une institution semblable soit établie dans notre pays.

Recevez, etc.

Dr A. CHUQUET.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'instruction des infirmières Rodolfiniennes.

Vienne, 24 juin 1846.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Il me reste à vous parler de l'instruction donnée à l'Ecole des infirmières Rodolfiniennes :

L'INSTRUCTION PROFESSIONNELLE de l'élève a lieu par l'exemple, les travaux du service au lit du malade, ainsi que par un cours magistral, accompagné d'exercices pratiques. Ce cours dure six semaines. Il est fait par le directeur et les deux médecins en chef, aidés par les assistants, la surveillante en chef, les infirmières diplômées et les Rodolfiniennes indispensables. Il a lieu tous les ans, au mois de janvier. Un livre rédigé par le professeur Billroth consacre les principes de cet enseignement, de même qu'une petite brochure relative aux éléments les plus généraux de l'anatomie et de la physiologie. Le premier est intitulé les *Soins des malades à la maison et à l'hôpital, livre destiné aux familles et aux gardes malades infirmières, surtout à celles de la* SOCIÉTÉ RODOLFINIENNE. Vienne, 1881. Il est intéressant, à notre avis, d'en connaître les têtes de chapitre ou de paragraphe suivants :

Introduction. — Il faut apprendre à soigner les malades. Qualités que doit présenter l'infirmière : Amour de sa profession, caractère calme, talent, aptitudes spéciales, à bien observer, amour

© BIU Santé

de la vérité, sens de l'ordre, certitude inspirant la confiance, esprit accommodant, bienséance, moralité, bonne santé physique, extrême propreté, légèreté de main, adresse, application minutieuse. Conduite que doit avoir l'infirmière dans son commerce avec les malades et leur famille, discrétion, activité sans bruit. Soins qui conviennent aux incurables et aux malades convalescents.

Ch. I. — La chambre du malade.

Ch. II. — Règles générales relatives aux soins des malades alités.

Ch. III. — De l'exécution des ordonnances médicales.

Ch. IV. — Préliminaires des opérations et de la pose des appareils, des pièces à pansement, etc.

Ch. V. — Observation et soins concernant les malades fébricitants en général.

Ch. VI. — Les soins en temps d'épidémie et d'affections contagieuses. Préservation de la contagion. Désinfection.

Ch. VII. — Soins à donner aux individus atteints de maladies nerveuses et aux aliénés.

Ch. VIII. — Assistance en cas d'accidents imprévus.

Ch. IX. — Alimentation et régime. *Conclusion*. S'il est douloureux pour le médecin et l'infirmière de ne pouvoir plus rendre aux malades ou aux faibles atteints d'affections chroniques que des services médiocres ou nuls, il leur reste la consolation de savoir qu'ils ont, en toute conscience, exécuté leur devoir conformément aux principes de la science.

La petite brochure traite de *la structure et des fonctions du corps humain*. On y passe en revue successivement : les définitions (*remarques générales*); téguments, glandes secrétoires, sang, lymphe, glandes vasculaires sanguines et ganglions lymphatiques. — *Le système locomoteur* (ch. I). — *Les nerfs de la sensibilité générale et spéciale avec le système nerveux* (ch. II). — *Le cœur, les vaisseaux sanguins et la circulation du sang* (ch. III). — *L'appareil aérien et la respiration* (ch. IV). — *Le tube digestif et ses glandes annexes avec la digestion* (ch. V). — *L'appareil urinaire* (ch. VI). — *La situation des organes splanchniques dans les cavités abdominales et thoraciques* (ch. VII). — *Le corps humain considéré comme organisme vivant* (ch. VIII), le tout rédigé sous forme de questionnaire.

Ce n'est pas tout. On met entre les mains des élèves le règlement intérieur qui regarde leur rôle dans la maison. Dans ce règlement sont examinées les prescriptions générales du service (hiérarchie, discipline, conduite à l'égard de la surveillante en chef et des compagnes de la communauté, règles établies, division du temps, devoirs concernant l'assistance à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, jours de sortie, visites, ménage, uniforme, trousseau, blanchissage), l'attitude de l'infirmière vis-à-vis des malades, des serviteurs et des servantes, son rôle à propos des bains, de l'inventaire, du linge, du chauffage, de l'éclairage (précautions à prendre contre l'incendie), des soins des salles et des appartements, du service de jour, des repas des malades, de ses propres repas, des veilles de nuit, son devoir vis-à-vis des mourants, etc.

En un mot, toutes les précautions sont prises pour que le bien-être matériel et moral des personnes assistées et des infirmières soit assuré de concert avec une complète assistance des unes et une parfaite instruction des autres. Le recrutement des infirmières ne souffrira, grâce à ces dispositions et à l'ensemble des aménagements précédemment décrits, aucune difficulté, surtout si l'on se rappelle que la consultation externe est faite avec leur aide, et que la Société convoque aux cours les élèves externes de bonne volonté, dans la mesure de l'amplitude des locaux. Une partie des villas dont il a été question plus haut, a été agencée à ce double usage. Aussi malgré les débuts de l'hôpital Rodolfinien, avait-on en 1884, formé 16 infirmières dont 5 avaient déjà obtenu leurs diplômes, Vingt-six femmes ou filles étaient, malgré la saison d'hiver, malgré l'éloignement, venues suivre les leçons. En 1885, 16 infirmières peuvent, grâce à la nouvelle construction, demeurer à la maison comme internes, et le cours attire 39 femmes ou filles de la ville. La consultation externe, installée dès 1884 dans une petite maisonnette contiguë à la rue, se prête admirablement à l'activité de tous ces sujets ; salle d'attente, chambre de consultation flanquée d'une chambre de garde où se tiennent les deux infirmières chargées de l'appui indispensable, tel est l'agencement. C'est pourquoi l'on note la progression suivante de 1459, 2094, 3164 malades dans les années 1883, 1884, 1885; et, dans le nombre des consultations, il faut bien compter pour moitié la pose d'appareils, les manipulations chirurgicales. Qu'on rapproche de ces particularités l'évolution florissante de la caisse des retraites (capital actuel 2201 florins 72 kreuzers), et de l'asile des infirmières, adjuvantes naturelles de leurs compagnes en activité, bataillon prêt également à porter des soins éclairés au dehors, qu'on en rapproche la simple élégance, la commodité, l'hygiène des locaux d'habitation et d'hospitalisation, et l'on demeurera convaincu qu'avec du temps et de l'argent, l'Ecole des Infirmières de la Société et de l'hôpital Rodolfiniens fournira dans Vienne, et peut-être par l'Autriche entière, les contingents qu'on lui demandera au grand avantage de l'humanité souffrante. P. KERAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

Ninfomania paradossa pel. prof. Cesare Lombroso (*Giorn. dell. Academ. di medic. di Torino*. Août, septembre 1885. P. 711).

Hérédité convergente très accentuée : fièvre typhoïde, vers intestinaux dans l'enfance : à 7 ans, la malade contracta d'elle-même l'habitude de se masturber avec un nœud fait à sa chemise, plus tard, ce fut de concert avec une de ses amies qu'elle se livra à cette pratique. Les règles apparurent à 14 ans ; toujours coquette, familière avec les hommes, elle n'accorda cependant à ses adorateurs comme plus grande faveur que de l'embrasser sur les seins.

Nourrie de lectures obscènes, son unique pensée était de se marier pour connaître les voluptés de l'amour. Mariée à 24 ans, les premiers rapports ne lui occasionnèrent que de la douleur ; puis la douleur disparut, mais ce fut tout, et le coït ne lui procura jamais ces sensations voluptueuses qui occupent constamment sa pensée et que seuls peuvent faire naître les baisers sur les seins ou la masturbation avec le nœud de sa chemise. Malgré sa frigidité complète, malgré des essais réitérés et infructueux, elle a un désir continuel de l'acte vénérien qui la pousserait presqu'à la prostitution et lui fait haïr toutes les femmes, surtout les courtisanes et les nymphomanes pour lesquelles elle suppose que la volupté a plus de secrets. — D'un autre côté, elle éprouve aussi parfois des sentiments de haine pour son mari, ses enfants qu'elle fut même tentée de tuer à plusieurs reprises. Elle se plaît à tenir des propos obscènes, sans aucun sentiment de pudeur, elle est d'une coquetterie exagérée ; si elle n'a pas été courtisane, ce n'est que l'occasion qui lui a manqué. C'est avec la plus étrange indifférence qu'elle parle de la possibilité de commettre des actes délictueux. Les facultés intellectuelles sont assez développées.

Cette espèce de nymphomanie psychique ne peut être rattachée qu'à une cause cérébrale : d'ailleurs, l'examen de l'appareil génital a été parfaitement négatif. Le fait que l'excitation sexuelle peut être provoquée par les baisers et la perversion du sens moral justifient encore cette hypothèse. Cette observation nous montre aussi, dit M. Lombroso, que non seulement le crime, même le vice, sont l'effet d'anomalies constitutionnelles et comme un degré de la folie normale. Ne trouvons-nous pas, en effet, chez la malade en question, toutes les tendances vicieuses qui sont l'apanage des prostituées ? J. SÉGLAS.

Hémiatrophie de la langue ; par M. SCHIFFERS (de Liège).

M. Schiffers, relate une observation où ce signe existait concurremment avec une paralysie de la corde vocale inférieure droite ; l'hémiatrophie de la langue siégeait également du même côté. Le sujet était un jeune homme de 22 ans, et l'examen clinique a démontré qu'il n'y avait pas de symptôme d'ataxie locomotrice. Il fallait conclure des phénomènes observés à une lésion bulbaire en foyer pour expliquer anatomiquement l'existence des deux signes morbides dominants, l'hémiatrophie de la langue et la paralysie de la corde droite.

Cette observation avec celle de L. Hirt et Buchwald (de Breslau) fait actuellement exception à la règle généralement admise que l'hémiatrophie de la langue est un signe pour ainsi dire pathognomonique d'ataxie locomotrice. BARATOUX.

© BIU Santé

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Nous continuons la suite des analyses interrompues dans le dernier numéro faute de place.

13 *mars* 1573. — La Compagnye estant asssemblée pour adviser sur la despence excessive et extraordinaire qui se fait audit Hostel Dieu que sur les abbuz qui se commettent en icelluy Hostel et ayant este deuement certioress que l'ung des plus grands abbuz qui se commect audict Hostel Dieu est et procedde par le moyen de la chair qui est distribuee creue aux relligieuses et filles blanches dudict Hostel Dieu et apres avoir sur ce delibere et faict fere lecture des precedentes ordonnances pour raison de ce faictes avec meures deliberations, ladicte Compagnye a ordonné et ordonne que doresnavant a commencer du jour de Pasques prochain aulcune chair creue ne sera distribuee a toutes les relligieuses et filles blanches dudict Hostel Dieu, en quelque sorte ne pour quelque occasion que ce soit, ains sera ladicte chair baillee par le despencier ou cuysinier les membres tous entiers, a compter ung membre pour six relligieuses et filles blanches pour chascun repas qui est disner et soupper pour par apres iceulx membres este distribuez ainsy entiers ou party et divisez par portions auxdites relligieuses et filles blanches par la Prieure et soubz-Prieure ainsi qu'elles adviseront bon estre tant pour celles qui mangeront en couvent que pour les autres qui seront empeschees autour des malades, affin que les abbuz qui sont commis par cy devant n'ayent plus de lieu, et aussi que la conventualité et reguliarité desdites relligieuses soit entierement observee et gardee comme elle a tousiours este d'ancienneté et que par le moyen de ladite assemblee et congregation conventuelle desdites relligieuses et filles blanches en leur dit couvent, a *boire et menger continuellement et sans discontinuation cela puisse* apporter une correction reguliere, que elles pourront faire entre elles qui pourra servir a corriger les faultes que commectent lesdites relligieuses et filles blanches, dont en est advenu et advient de grans inconveniens et semblablement les abbuz qui se sont commis et commectent par icelles relligieuses et filles blanches a boire et menger particulierement et a part et pour ceste cause a esté la presente ordonnance faicte verbalement au maistre et Prieure dudit Hostel Dieu a ce qu'ils n'en pretendent cause d'ignorance, et en ce faisant enjoinct audict despensier et audict cuysinier de executer ladicte ordonnance de point en point selon sa forme et teneur (*Reg* 4 et *Brièle*, Doc[ts], tome I, p. 8).

Le 24 octobre de la même année les plaintes continuent. Le pain manque aux malades.

24 *octobre* 1573. — Cejourd'huy, la Compagnie estant assemblée tant pour subvenir a la tres grande et extreme necessite dudict Hostel Dieu pour raison de la penurye et charté des vivres que aux abuz et malversations qui sont faictz et commys audict Hostel Dieu, par le moien desquelz il se faict une despense extraordinaire, laquelle est faicte par des personnes valides et convalescens qui sont audict Hostel Dieu soubz les relligieux et relligieuses dudict Hostel Dieu *pour les servir*, de manière qu'il n'y a relligieux relligieuses et la plus grande partye des serviteurs domestiques dudict Hostel Dieu qui n'ayt ung *serviteur sous luy*..... A este arreste que doresenavant ne sera baillé aulcune recreance aux relligieux et relligieuses, ne aultres quelconques, mais seulement leur ordinaire.....

Item a este enjoinct au maistre dudict Hostel Dieu *de faire mieux son debvoir et avoir plus grand soin et sollicitude au traictement des paouvres mallades qu'il n'a fait par cy devant* et que tous les jours il aille par les salles desdictz mallades veoir comme iceulx mallades sont traictez et pensez et que s'il y trouve quelque faulte faicte par les relligieuses et filles blanches, qu'il la repare ou face reparer incontinent. Item si aulcunes relligieuses sont rebelles et desobeissantes a este enjoinct audict maistre d'en advertir incontinant mesdicts sieurs du Chappitre affin d'y pourveoir.....

Item a este enjoint audict maistre de mettre hors tous les serviteurs que ont les relligieux *et les soubz serviteurs des serviteurs* comme le serviteur du maistre qui a un soubz serviteur, le serviteur du couvent, les boullengiers, les cuisiniers...., et generalement tous les serviteurs et chambrieres extraordinaires que ont lesdictes religieuses, tous lesquelz serviteurs et chambrieres extraordinaires montent a plus de *cent personnes*.....

Item a este enjoinct a la mere Prieure et soubz Prieure de n'envoyer des relligieuses en ville sans demander conge a mesdicts sieurs du Chappitre et en advertir mesdicts sieurs les Gouverneurs dudict Hostel Dieu (*Reg* 4 *des Del*[ns] et *Brièle*, t. I, p. 10).

Cedict jour a raison des abbuz qui se commettent audict Hostel Dieu par les religieuses qui vont garder les malades en la ville tant au moyen de ce que pendant qu'elles sont absentes l'on va prendre leur pitance et portion aux offices, que aussi l'on ne sçait *quand icelles relligieuses sont sorties dudict Hostel Dieu et pareillement quand elles retournent en icelluy*, de manière que les deniers qu'elles recoipvent des bourgeois de ceste ville, lesdicts Gouverneurs n'en peuvent veoir ce qui en provient pour et au profit desdicts pauvres... La Compagnie a ordonne et enjoinct au maistre audict Hostel Dieu de faire registre qu'il apportera de mois en mois audict Hostel Dieu, du jour que lesdictes relligieuses yront garder les malades en la ville et semblablement au jour qu'elles retourneront audict Hostel Dieu, et aussi d'advertir par ledict maistre les pannetier, despensier et cellerier dudit jour qu'elles sortiront et dudict jour qu'elles retourneront, afin de rabattre leurs portions et que lesdicts Gouverneurs puissent scavoir ce que l'on aura donné ausdits pauvres dudict Hostel Dieu pour avoir gardé par lesdites religieuses personnes malades de la ville. (1).

Le 17 janvier 1578, nous trouvons dans le même registre une délibération absolument semblable aux deux précédentes. Les plaintes se succèdent contre les religieuses. On compte à cette époque jusqu'à **deux cents personnes valides** employées à servir les religieuses et prenant ainsi la place des malades. Beaucoup de ces gens, femmes et garçons, sont jeunes et « *consomment leurs jeunesses audict Hostel Dieu à riens faire et enfin en danger d'estre larrons.* » En raison de ce nouvel abus, la compagnie rend un arrêté semblable à celui de la délibération du 24 octobre 1573. (2)

Le 30 *may* 1578. — A esté enjoinct au maistre et à la Prieure de ne plus doresnavant recevoir aulcunes filles blanches, sans en parler à la Compagnie, attendu qu'il y a ung nombre excessif de relligieuses et filles blanches qui font une grande despence à icelluy Hostel Dieu (*Reg.* 5 et *Brièle*, Doc[ts], t. I, p. 13.

A partir de cette époque, l'Hôtel-Dieu semble plus calme. La peste a passé dans ses murs et de longs travaux, nécessités par le mauvais état des bâtiments va tourner l'attention des Gouverneurs d'un autre côté. Les mémoires des maçons, de menuisiers et autres industriels vont absorber entièrement et les religieuses pourront désormais agir plus librement. La première pièce que nous trouvons sur le règlement des religieuses est la suivante. Il n'y a aucune plainte contre elles. Nous la donnons à titre de renseignement.

Une consultation de Tronchin.

Du médecin génevois qu'au siècle dernier on venait consulter de toutes les parties de l'Europe, il ne reste aujourd'hui, dans le monde médical, que le souvenir d'une grande renommée dont on ignore les titres, etc., en dehors de ce monde spécial, la connaissance et l'usage peu fréquent, d'un pupitre particulier. Comme Tronchin n'a pour ainsi dire rien écrit, on ne sait quels furent ses principes, sa méthode ni sa pratique. En raison même de cette ignorance, il nous a paru intéressant de relever, dans une publication récente, quelques lignes qui jettent un certain jour sur cette pratique.

Il s'agit d'une auto-observation, recueillie par un des clients de Tronchin. Né en 1731, le comte Dufort de Cheverny, introducteur des ambassadeurs, avait quelque peu abusé de la vie et surtout des femmes ; des incommodités qu'il précise assez mal l'amenèrent à consulter Tronchin ; voici comment il raconte son histoire :

« Cependant à mon arrivée à Paris, je vis augmenter les maux dont je souffrais depuis longtemps. Sur un mois, je n'avais pas quinze jours de santé. Je ne vivais alors que de café et j'étais las des potions qu'on me faisait prendre. Tronchin, le fameux Tronchin était alors à Paris, logé au Palais-Royal. La ville et la cour y couraient ; chacun passait à son tour, et, pour un louis d'or qu'il laissait sur la cheminée, avait droit de le consulter. Depuis trois ans, j'avais dans la vue un point noir qui suivait exactement l'endroit que je fixais. Je me hasardai donc pour la première fois à aller consulter cet homme que je n'avais jamais vu, et sur lequel les avis étaient très partagés, car les médecins de Paris lui donnaient le titre d'empirique.

J'allai donc à son audience ; son salon était plein de monde de tous les états, et il me fallut attendre deux heures pour passer à mon tour. J'arrive à son cabinet ; il me laisse détailler

(1) *Delib*[ns] *Reg.* 5 et *Brièle*, Doc[ts], tome I, page 11.
(2) Voir *Documents*, tome I, p. 13.

© BIU Santé

toute ma maladie avec une patience charmante, sans m'interrompre un instant, m'écoutant avec le plus grand intérêt, chose rare pour un médecin si occupé.

« Enfin, il me dit : « Monsieur, il faut, en honnête homme, vous parler vrai. Je vais vous mettre le doigt sur votre maladie, mais à une condition, c'est que, sorti d'ici, vous n'en parlerez à qui que ce soit. Les médecins de Paris me traitent de charlatan et les remèdes que je vais vous faire sont singuliers. Je vous demande trois semaines pour les suivre. Si, au bout de ce temps, vous trouvez de la diminution dans les symptômes qui vous affligent, vous en tirerez la conclusion que j'ai touché juste. Alors vous continuerez et je vous guérirai. Vous êtes, Monsieur, menacé de la goutte sereine; je suis étonné qu'elle ne vous ait pas encore atteint; vous la devez à votre jeunesse et à votre bonne organisation. Cette paralysie du nerf optique, une fois fixée, est inguérissable; moi qui vous parle, je n'ai jamais pu procurer que des soulagements insignifiants. C'est une humeur goutteuse qui vous tourmente. Elle n'est pas fixée, quoi qu'on ait fait tout ce qu'il faut pour cela. On vous fait couvrir la tête; mais les médecins de ce pays oublient l'anatomie. La tête est le pot chimique de l'estomac, la tête fourmille de petits vaisseaux en bien plus grande quantité que les autres parties du corps. La nature nous couvre le sommet de la tête de cheveux et nous prépare à la vieillesse en nous les faisant perdre. Paris est sujet, bien plus que d'autres villes, à des paralysies et à des apoplexies. Je les attribue aux grandes perruques et à l'habitude que l'on a, même au spectacle, de se couvrir la tête entre les actes. Je suis obligé, par état, et pour ne pas frauder le costume des médecins de Paris, de m'affubler d'une perruque; mais comme nous sommes seuls ensemble pour quelque temps, vous allez voir ce que j'en fais.» A l'instant il se lève et ôte sa perruque, qu'il accroche à un clou placé pour cet objet dans la superbe boiserie de son cabinet.

« Il fit dire alors que ses consultations étaient finies ce jour-là, et, tout à moi, il continua ainsi : « Voici le traitement que je vais vous ordonner; il semblerait insuffisant à tous les médecins, mais la réussite me paraît certaine, à cause des différentes cures que j'ai faites. Je vous demande votre parole d'honneur que vous le suivrez. — Je vous la donne, lui dis-je en lui pressant les mains. — Vous ferez à l'instant acheter une brosse de chiendent à main, telle que celles dont on brosse la tête des enfants. A partir de ce soir, avant de vous mettre au lit, vous vous ferez frotter les jambes en commençant par les genoux, jusqu'au bout de chaque pied. Cette friction vous rendra la chaleur aux jambes que vous avez totalement perdue (il disait la vérité). Vous ferez la même friction le matin; c'est un devoir journalier dont vous prendrez l'habitude tant que vous vivrez. D'aujourd'hui vous cesserez tout remède, tout quinquina, tout épicacuanha; vous mangerez comme à l'ordinaire, en vous abstenant de tout excès, surtout vis-à-vis des femmes. Vous coucherez dès ce soir, les rideaux de votre lit ouverts, et au lieu d'un traversin de plumes, vous en ferez faire un de crin qui vous suivra partout. Vous vous couvrirez les pieds la nuit et vous supprimerez tous les bonnets de nuit possible dès ce soir. Vous éviterez de fixer le grand jour, ce qui est blanc, et surtout l'eau courante. Je vous prie de ne pas venir me voir avant trois semaines, parce qu'il faut que je voie l'effet de ces petits moyens. »

« Dans les premiers huit jours, mes éblouissements revinrent encore, mais les douleurs de tête diminuèrent graduellement. Enfin, jusqu'au terme qu'il m'avait prescrit pour le revoir, je m'aperçus d'une véritable amélioration dans mon état. Au jour dit, je me rendis chez lui, et je lui rendis compte de ma situation : « Me voilà donc, Monsieur, me dit-il, convaincu que c'est, ainsi que je le croyais, une humeur goutteuse qui se portait dans votre tête, et qui aurait fini, peut-être dans la huitaine, par une goutte sereine. Actuellement il ne faut pas, et je ne pourrais pas du reste, vous ôter l'humeur goutteuse. Voici le traitement que vous allez faire. Vous prendrez une terrine, vous la ferez remplir d'eau de puits, et, en sortant du lit, vous vous plongerez la tête dedans. Vous vous promènerez ensuite cinq minutes et recommencerez cette douche trois fois. Je vous fais observer que si, avant d'avoir reposé votre sang, vous vouliez vous rebaigner tout de suite, vous éprouveriez un coup de piston qui vous frapperait au cœur et vous ferait beaucoup de mal dans le moment. Vous prendrez cette douche pendant trois semaines tous les jours et reviendrez me voir à pareille époque. »

« Je suivis cette ordonnance avec confiance, et, dès le premier jour, je m'aperçus de la netteté de ma vue. Les éblouissements revenaient périodiquement, mais le mal de tête était supportable, je pouvais lire, écrire et vaquer à mes affaires. Enfin, je me trouvai si bien, si calme dans les trois semaines que, voulant vérifier toutes ses observations, je me déterminai, à peine sorti de l'eau, à me replonger la tête à l'instant; sans mon valet de chambre et mon laquais, je tombais de toute ma hauteur. Je sentis au cœur un coup de piston si décidé que je chancelai et n'aurais pas été en état de me baigner une fois de plus.

« Je me rendis à l'heure dite chez Tronchin; je lui rendis un compte fidèle; il s'informa du froid que j'avais aux jambes; il disparaissait journellement. « Alors, me dit-il, je puis vous annoncer que vous êtes entièrement guéri de la goutte sereine, mais que vous courez deux chances; la première d'avoir la goutte dans un an, ou peut-être dans dix (il n'est pas dans la puissance humaine de vous rien fixer à cet égard); l'autre est une humeur hémorrhoïdale, et je l'aimerais mieux pour vous.» L'ayant assuré que je n'avais jamais eu aucun symptôme : » Tant mieux, dit-il, elle vous viendra par abondance de sang, car c'est le sang que vous devez craindre. Vous n'êtes pas bilieux, mais extraordinairement sanguin; je le sens à votre pouls. Mais soyez sûr que vous jouirez d'une bonne santé. »

« Je ne le vis que ces trois fois, car il repartit pour Genève, et insensiblement mes éblouissements, mes migraines s'éloignèrent; je ne me baignais plus, mais je suivais le régime indiqué comme je le fais maintenant encore. Quelques migraines douloureuses me prirent à Cheverny, par trop d'exercice à cheval, quoique je n'eusse jamais de chapeau dès qu'il ne faisait pas de soleil. J'allais alors mettre ma tête sous un robinet de fontaine, et je conduisais la douleur jusque dans l'épaule, puis elle disparaissait. »

« Je témoignai ma reconnaissance à Tronchin de toutes les manières : en publiant la guérison de mes maux. »

Il est inutile d'insister sur les réflexions de plus d'un genre que peut suggérer ce récit; chacun les fera aisément. Nous ajouterons seulement que Dufort de Cheverny vécut jusqu'en 1802, et que jusqu'à la fin, suivant le pronostic de Tronchin, il paraît avoir joui d'une bonne santé. Du moins, ses mémoires ne contiennent-ils rien qui le contredisent.

Académie de Médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1887. — *Prix de l'Académie*, 1,000 francs. Question : *De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires.* — *Prix d'Argenteuil*, 10,000 fr. Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux *moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre* ou à l'auteur du meilleur travail sur le *traitement des autres maladies des voies urinaires.* — *Prix Barbier*, 2,000 fr. Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des *moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables*, comme la *rage*, le *cancer*, l'*épilepsie*, les *scrofules*, le *typhus*, le *choléra morbus*, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. — *Prix Henri Buignet*, 1,500 fr. Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé sur les *applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales*. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 fr. serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. pourrait être partagée en deux prix de 1,500 fr. chacun. — *Prix Capuron*, 1,000 fr. Question : *De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Etudier ses altérations et les états pathologiques qui en résultent.* — *Prix Civrieux*, 1,000 fr. Question : *Des névralgies vésicales.* — *Prix Daudet*, 1,000 fr. Question : *De l'actinomycose.* Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. *Prix Desportes*, 1,200 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de *thérapeutique médicale pratique.* — *Prix*

© BIU Santé

Ernest Godard, 1,000 fr. Au meilleur travail sur la *pathologie externe*. — *Prix de l'hygiène de l'enfance* : 1,000 fr. Question : *Etude clinique de l'athrepsie*. — *Prix Laval*, 1,000 fr. Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. — *Prix Lefevre*, 2,000 fr. Question : *De la mélancolie*. — *Prix Auguste Monbinne*, 1,500 fr. M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une somme de 1,500 fr. destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), *des missions scientifiques d'intérêt médical chirurgical ou vétérinaire*. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » — *Prix Portal*, 600 fr. Question : *De la tuberculose rénale primitive*. — *Prix Saint-Lager*, 1,500 fr. Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme destinée à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la *tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses*. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique. — *Prix Vernois*, 800 fr. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'*hygiène*. — *Nota*. Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1887 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai 1887. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux *prix d'Argenteuil*, *Barbier*, *Buignet*, *Desportes*, *Godard*, *Monbinne et Vernois*, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou imprimés, sont exceptés de cette dernière disposition.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1888. — *Prix de l'Académie*, 1,000 fr. Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées*. — *Prix Amussat*, 1,000 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'*anatomie et sur l'expérimentation*, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la *thérapeutique chirurgicale*. — *Prix Civrieux*, 1,000 fr. Question : *Des hallucinations de l'ouïe*. — *Prix Desportes*, 1,300 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de *thérapeutique médicale pratique*. — *Prix Falret*, 1,500 fr. Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale*. — *Prix Ernest Godard*, 1,000 fr. Au meilleur travail sur la *pathologie externe*. — *Prix Itard*, 2,000 fr. Ce prix qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée*. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. — *Prix Orfila*, 4,000 fr. Question : Du *venin de la vipère*. D'après les intentions du testateur, la question doit être envisagée au point de vue de la *physiologie de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique*. Que devient ce poison après avoir été absorbé ? Dans quels organes séjourne-t-il ? A quelles époques est-il éliminé et par quelles voies ? Quels troubles amène-t-il dans les fonctions ? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'il provoque ? Quelle est son action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang ? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre ses effets ? Enfin quelle est la marche à suivre pour déceler ce toxique dans les organes ou les liquides de l'économie, soit avant, soit après la mort ? Des expériences seront tentées sur les contre poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ce toxique jusque dans le sang et dans les organes où il a été porté par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui le rendait inerte ou beaucoup moins actif ? — *Prix Portal*, 1,000 fr. Question : *Anatomie pathologique des érysipèles*. — *Prix Stanki*, 1,800 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux l'*existence ou la non-existence de la contagion miasmatique par infection ou par contagion à distance*. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables (extrait du testament). — *Prix Vernois*, 800 fr. Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'*hygiène*. — *Nota*. Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1888 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix *Amussat*, *Barbier*, *Buignet*, *Desportes*, *Godard*, *Itard*, *Saint-Paul*, *Stanki* et *Vernois*, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou imprimés, sont exceptés de cette dernière disposition.

La Crémation et la Très Sainte Inquisition.

La *Sentido Catolico* de Barcelone publie le décret de la Suprême inquisition romaine, sur la prohibition de la crémation des cadavres.

Les révérendissimes pères cardinaux Inquisiteurs généraux déclarent qu'il est illicite de s'affilier à des sociétés qui ont pour objet l'obtention de la crémation des cadavres humains, qu'il s'agisse de leur propre cadavre ou de celui des autres ; les fidèles encourent les peines décrétées contre la secte maçonnique, au cas où ces sociétés seraient affiliées à la maçonnerie.

La très sainte Inquisition ne pouvait juger autrement ; jamais elle n'a brûlé de cadavres, sans les avoir auparavant brûlés vivants. Nous ne doutons pas que ce décret ne serve utilement la cause de la crémation.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Aspirateur-injecteur du Dr A. Ruault

Construit par Galante et fils.

Depuis que la méthode listérienne s'est généralisée, les anciens appareils destinés à l'aspiration des liquides morbides sont devenus insuffisants dans beaucoup de cas. Souvent, en effet, il ne suffit pas de retirer le liquide de la cavité où il est contenu, et il est necessaire de désinfecter ensuite cette cavité et de la rendre aseptique le plus rigoureusement possible. Aussi voit-on de plus en plus les larges incisions remplacer l'aspiration simple répétée, dans les cas de pleurésies purulentes, d'abcès hépatiques, d'épanchements purulents intra-articulaires, etc. L'appareil que je propose, et qui a été construit par M. Galante sur mes indications, a pour but de donner à l'opérateur la possibilité d'aspirer d'abord un liquide morbide, et, immédiatement après, de laver à plusieurs reprises et de désinfecter la cavité qui le contenait. Sa manœuvre est tellement simple, que toute erreur est impossible ; le chirurgien peut faire ou arrêter instantanément soit l'aspiration, soit l'injection, ou les faire alterner comme il veut, sans cesser de connaître exactement, à chaque instant de l'opération, la quantité de liquide aspirée ou injectée. Cet instrument se compose

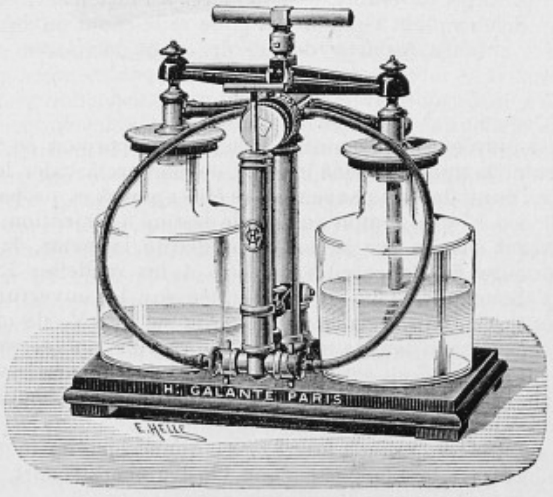


Fig. 84.

(*fig.* 2) de *deux flacons* FF' placés sur un socle S, au centre duquel s'élève une colonne métallique C. — Dans l'intérieur de cette colonne glisse une tige T dont l'extrémité supérieure porte : *le distributeur* D, les *deux bouchons* BB' fixés aux extrémités d'un fléau horizontal, et la *poignée* P. — L'extrémité intérieure de la tige T est reliée à un *levier* L, prenant point d'appui sur le socle. — Une *pompe* P complète l'appareil. Les *deux flacons* FF' sont indépendants de l'aspirateur, ils sont gradués ; l'un F de haut en bas (flacon injecteur), l'autre F' de bas en haut (flacon aspirateur). Le *distributeur* est une sorte de robinet présentant plusieurs tubulures. L'une, située dans son axe, est destinée à recevoir le tube muni de

© BIU Santé

l'instrument (trocart, sonde, etc., etc.). Les autres, placés latéralement, reçoivent les tubes reliant le distributeur aux bouchons B et B' et à la pompe P. A la clef de ce robinet est fixé un disque métallique O (fig. 4), sur lequel sont gravés les mots suivants : *Vide, Aspiration, Compression, Injection.* — En manœuvrant la clef du robinet, les indications ci-dessus passent successivement devant un index fixe.

Les *deux bouchons* BB' présentent des tubulures qui les relient au distributeur. — Leurs faces inférieures sont garnies de rondelles RR en caoutchouc destinées à faire joint sur les ouvertures des flacons. Le *levier* L est, comme nous l'avons vu plus haut, fixé sur le socle ; il reçoit l'extrémité inférieure de la tige glissant de la colonne. — Du côté opposé à son articulation A, il présente une mortaise ouverte M dans laquelle peut s'engager une tige K taraudée et munie d'un écrou E. — La tige K est articulée sur le socle. La *pompe* P, sans présenter aucune particularité spéciale, a été cependant disposée de telle sorte que l'air rencontre le moins de résistance possible à son passage à travers les soupapes SS' ; celles-ci peuvent être aisément visitées, nettoyées et changées si besoin est.

Mode d'emploi. — *Préparation.* En desserrant l'écrou E, la pompe P est rendue libre. En faisant basculer la tige V en dehors, la partie supérieure de l'appareil devient libre et peut

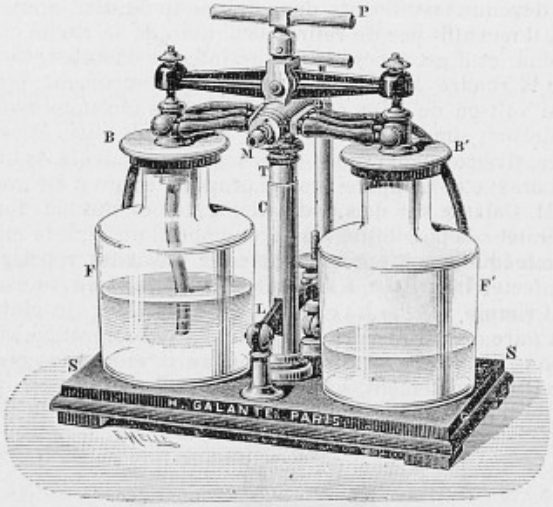


Fig. 85.

être soulevée. On la maintient dans cette position en faisant basculer la tige V en sens inverse, de manière à caler le levier L. Les deux flacons peuvent alors être enlevés et préparés. — Le flacon F' sera rempli du liquide destiné à l'injection. — Les replaçant ensuite sur le socle, on décale le levier, la partie supérieure de l'appareil s'abaisse, et les rondelles RR' des deux bouchons viennent s'appliquer sur les ouvertures des flacons. On fait basculer de nouveau la tige V, de manière qu'elle s'engage dans la mortaise H du levier, puis serrant fortement l'écrou E on assure la solidarité de l'appareil avec les flacons, en même temps que leur fermeture parfaitement hermétique.

L'appareil sera prêt à fonctionner quand on aura monté sur la tubulure T le tube porteur de l'instrument (trocart, sonde, etc., etc.), choisi pour l'opération projetée.

Fonctionnement. — Supposons qu'il s'agisse d'une ponction du genou dans un cas d'arthrite aiguë suppurée.

L'appareil étant préparé comme il a été expliqué, il suffira, après que le trocart aura été plongé dans la cavité, de faire fonctionner la *pompe* P et de manœuvrer le distributeur D.

On retirera d'abord le liquide épanché, puis on fera pénétrer dans la cavité une quantité un peu moindre du liquide laveur employé tiède, par exemple ; on la retirera ensuite, et on répétera l'opération du lavage jusqu'à ce que le liquide introduit revienne parfaitement propre. On retirera alors le trocart, et l'opération sera terminée après le pansement d'usage.

Selon qu'on amènera en regard de l'index I les indications gravées sur le disque :

Le fonctionnement de la pompe déterminera :

VIDE	ASPIRATION
La raréfaction de l'air dans le flacon F *(vide préalable).*	*L'afflux du liquide pathologique dans le flacon* F.
COMPRESSION	INJECTION
De la pression sur le liquide à injecter contenu dans le flacon F'.	*L'injection dans la cavité pathologique du liquide contenu dans le flacon* F'.

Chacune de ces positions du distributeur est entièrement indépendante, et n'est en aucune façon influencée par celle qui

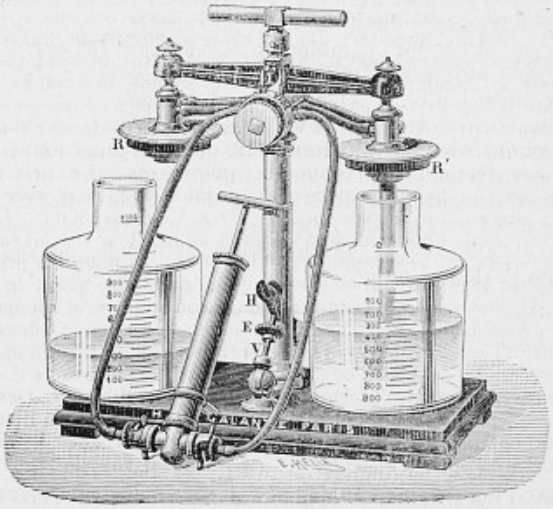


Fig. 86.

suit. On peut, par exemple, faire successivement de l'aspiration et de l'injection, puis réaspirer de nouveau pour réinjecter ensuite ; il suffira de porter alternativement le distributeur aux positions : *aspiration, injection ; aspiration, injection,*

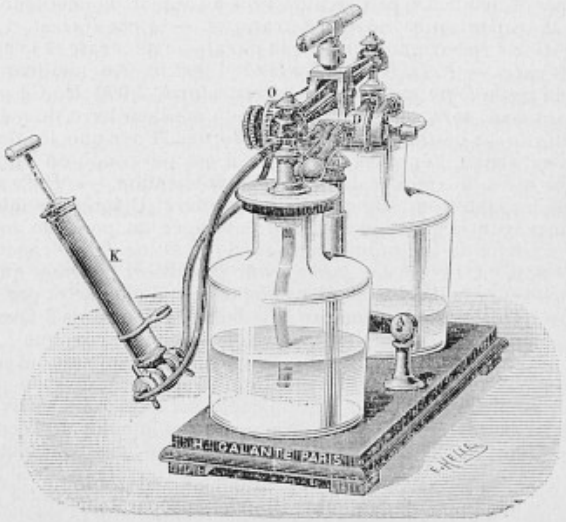


Fig. 87.

etc., etc. — La graduation des flacons permet d'évaluer les quantités de liquides aspirées et injectées.

Il faut remarquer que lorsque le distributeur est placé dans l'une ou l'autre des deux positions : *vide, compression*, il est fermé par rapport à la cavité dans laquelle est plongé le trocart. Lors donc qu'on voudra arrêter instantanément soit l'aspiration, soit l'injection, il suffira de tourner le disque de distribution de façon à mettre l'aiguille sur l'une des deux indications : *vide*, ou *compression*. On fera de même lorsqu'on devra, pendant le cours de l'opération, vider ou remplir les flacons. Ces changements s'effectueront comme il a été dit plus haut, sans qu'on ait à toucher à la partie de l'instrument qui est en rapport avec le malade. Nous ferons remarquer que la pompe peut être confiée à un aide quelconque, simplement

© BIU Santé

chargé de la faire fonctionner. — L'opérateur en manœuvrant le distributeur reste maître de faire que le fonctionnement uniforme de la pompe produise à son gré, ou du vide préalable, ou de l'aspiration, ou de l'injection, ou enfin de la pression sur le liquide à injecter.

Applications de l'appareil. — Le diamètre de la tubulure axiale du distributeur et de celles des bouchons avec lesquelles elle est en continuité étant de huit millimètres, l'appareil peut servir même avec les plus grands trocarts; et on peut également l'employer pour le lavage des diverses cavités naturelles. Par l'intermédiaire de tubes en caoutchouc, on peut mettre l'appareil en rapport avec tous les trocarts, canules, sondes et autres instruments dont on aurait à se servir.

On conçoit dès lors combien nombreux sont les cas où l'appareil peut être mis en usage : Ponctions diverses : pleurésies, péricardites, ascité, kystes, abcès, hydrocèle, épanchements articulaires, ponction de la vessie, etc.; lavages ou injections médicamenteuses suivant immédiatement les ponctions; injections intra-veineuses; lavements intestinaux à pression variable; irrigation et lavage des plaies, des trajets fistuleux, etc.; lavage des fosses nasales, du vagin, de la cavité utérine, de la vessie, etc.; lavage et alimentation artificielle, curage et lavage de l'estomac, etc.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 sept. 1886 au samedi 11 sept. 1886, les naissances ont été au nombre de 1153 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 427; illégitimes, 150. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 410; illégitimes, 166. Total, 576.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 sept. 1886 au samedi 11 sept. 1886, les décès ont été au nombre de 911, savoir : 488 hommes et 423 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 14, T. 22. Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 11, F. 7, T. 18. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 6, T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 3, F. 4, T. 7. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 4, F. 0, T. 4. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 17, F. 12, T. 29. — Phthisie pulmonaire : M. 84, F. 62, T. 146. — Autres tuberculoses : M. 25, F. 10, T. 35. — Autres affections générales : M. 23, F. 37, T. 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 24, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 13, T. 21. — Pneumonie : M. 14, F. 25, T. 39. — Athrepsie : M. 101, F. 85, T. 186. — Autres maladies des divers appareils : M. 123, F. 102, T. 225. — Après traumatisme : M. 00, F. 00, T. 00. — Morts violentes : M. 29, F. 10, T. 39. — Causes non classées : M. 12, F. 5, T. 17.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 8. Total : 40 — *Sexe féminin* : légitimes, 30; illégitimes, 11. Total : 41.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le personnel des *travaux pratiques de physique*, pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit : MM. Guebhard, chef des travaux; Sandoz, préparateur; Mergier, préparateur.

Le personnel des *travaux pratiques d'histoire naturelle*, pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit : MM. Faguet, chef des travaux; Stef, préparateur adjoint (zoologie); Berger, préparateur adjoint (botanique); Blondel, préparateur adjoint (botanique).

Le personnel *des travaux pratiques de physiologie* pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit : MM. Laborde, chef des travaux; Gley, préparateur; Rondeau, préparateur; Martin, aide préparateur; Pignol, aide préparateur.

Le personnel *des travaux pratiques d'anatomie pathologique* pour l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit : MM. Gombault, chef des travaux; Brault, préparateur; Chantemesse, préparateur; Durand-Fardel, préparateur; Clado, moniteur; Toupet, moniteur; Vidal, moniteur.

Le personnel *des travaux pratiques de chimie*, pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit : MM. Hanriot, chef des travaux; Monangé, préparateur; Bouveault, préparateur adjoint; De Thierry, préparateur adjoint; Grolous, préparateur adjoint.

ERRATA. — Dans l'article que nous avons publié dans le n° 37 sur le service médical de l'exposition, il faut lire p. 769, 2e colonne, ligne 52, au lieu de « 12.000 fr. » 1200 fr.; et à la dernière ligne de la même colonne au lieu de « leur titre de porteur leur permettrait aussi de viser les certificats d'origine de blessures pressés, etc., il faut lire : *leur titre de docteur leur permettrait aussi de viser les certificats d'origine de blessures pansées, etc.*

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons les premiers numéros du « *Boletin de Medicina* » journal mensuel paraissant à Guanajicate (Mexique).

NÉCROLOGIE. — GIOVANNI PAGLIARI, le doyen des chimistes et des parmaciens italiens vient de mourir à Florence; il était né le 24 juin 1799. C'est à lui que nous devons l'eau hémostatique qui porte généralement son nom.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

WHITWELL (W.-M.-S.). — Report of a case of successful transfusion in typhoid fever. Brochure in-8 de 6 pages, avec 1 planche hors texte. — San Francisco, 1886. — Duncombe et Ce.

BASEL. — Aerztlicher bericht über die Irrenabtheilung des Bürgerspitals), von Jahre, 1885. Brochure in-8 de 24 pages, avec nombreux tableaux. — Basel, 1886. — Werner-Riehm.

BADEN-BADEN. — Und seine kurmittel. Vol. in-8 de 216 pages, avec 2 cartes en chromo-lithographie, — Baden-Baden, 1886. — Verlag Wild's Hofbuchhandlung.

WESTPHAL (C.). — Ueber Fortdaner des kniephänomens bei Degeneration der Hinterstränge. Zugleich ein Beitrag zur combinirten primären Erkrankung der Rükenmarksstränge. Brochure in-8 de 30 pages, avec 2 planches hors texte. — Berlin, 1886. — Shumacher.

WESTPHAL (C.). — Ueber einige Fälle von progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmus-Keln. Brochure in-8 de 32 pages, avec 4 planches hors texte. — Berlin, 1886. — Shumacher.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, place de l'Ecole-de-médecine.

BOUCOMONT. De l'angine granuleuse arthritique, ses caractères et son traitement. Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25.

CURTIL-BOYER. — Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme. Brochure in-8 de 115 pages. — Prix : 2 fr. 50.

FORGUE (E.). — Des septicémies gangréneuses. Brochure in-8 de 151 pages. — Prix : 3 fr. 50.

FORGUE et MAUBRAC. — Des luxations pathologiques, leur pathogénie. Volume in-8 de 177 pages.

GRELLETY (L.). — Vichy et ses eaux minérales. Description des sources; — Leurs propriétés; — Maladies traitées à Vichy; — Indications et contre-indications de la cure alcaline; — Régime et hygiène des malades; — Renseignements divers. 1 vol. in-18 de 522 pages. — Prix : 3 fr. 50.

LAGRANGE (F.). — Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs. Volume in-8 de 223 pages. — Prix : 5 fr.

LAPERSONNE (F. de). — Des arthrites infectieuses (non tuberculeuses). Volume in-8 de 172 pages. — Prix : 3 fr. 50.

LEGRIS (G.). — Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique. Brochure in-8 de 90 pages, avec 4 tracés. — Prix : 3 fr.

ODDO (C.). — Étude clinique sur la période de réaction du choléra. Volume in-8 de 152 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard S.-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. Publié sous la direction de MM. DECHAMBRE et LEREBOULLET. — Vient de paraître : *de la 1re Série* A-E (Tome XXXIII), 2e partie : ELE-EMBR. Nous y remarquons les articles suivants : Eléphantiasis, par Brassac; — Embaumements, par Hahn et Thomas (L.); — Embolie, par Raymond; — Embryon (Développement et physiologie), par Tourneux et Herrmann; — Embryonnaire, par Retterer. Volume in-8 de 377 pages et nombreuses figures dans le texte. — *De la troisième série* Q-Z (Tome XVI), 2e partie : TEP-TET. Nous y remarquons les articles suivants : Térébenthine (chimie, pharmacofogie, action physiologique et emploi médical), par Hahn; — Terre, par Mahé; — Terre-Neuve, par Le Roy de Méricourt; — Testicule (Anatomie, histologie, développement et pathologie), par Reclus; — Tétanie, par Raymond; — Tétanos (chirurgie), par Mathieu.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 39. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 SEPTEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

HUITIÈME LEÇON (1).

L'étiologie du charbon spontané *(fin)*.

SOMMAIRE. — Le charbon spontané est presque toujours un charbon interne. Portes d'entrée : la muqueuse bucco-pharyngée (Pasteur) ; la muqueuse de l'intestin (Koch). — Expériences démontrant ces deux modes d'infection. — Pénétration des spores par la voie pulmonaire (charbon par inhalation). — Autres modes d'infection (piqûres d'insectes, plaies cutanées, morsures, etc.).

Réceptivité des diverses espèces animales pour le charbon : Mouton, rongeurs, bœuf, cheval, porc, chien, chat, etc. ; oiseaux ; amphibies et poissons. — Ces notions serviront à l'étude de l'immunité.

Messieurs,

Il découle des faits qui viennent d'être exposés que le charbon dit spontané des animaux n'est jamais spontané, dans l'acception littérale du mot, et qu'il résulte toujours de la pénétration dans l'économie du bacillus anthracis ou de ses spores. Il me reste à entrer dans quelques détails sur les modes de cette pénétration, en d'autres termes, sur les principales portes d'entrée du virus charbonneux chez les animaux.

Nous avons vu déjà que, chez les moutons en particulier, la contamination s'effectue, dans l'immense majorité des cas, par l'ingestion d'aliments souillés de spores. Le tube digestif est donc la voie de pénétration la plus habituelle et la controverse ne porte plus que sur le point précis par où s'effectue le plus communément cette entrée. Nous avons déjà relaté les expériences de M. Pasteur et de ses collaborateurs d'après lesquelles le charbon spontané des moutons résulterait souvent d'une véritable inoculation portant sur la muqueuse de la bouche ou de l'arrière-gorge, à la suite d'éraillures de cette muqueuse, produites par des aliments piquants, tels que des débris de paille, des barbes d'épis, etc. M. Toussaint, se basant sur les autopsies de moutons morts du charbon spontané faites par lui en 1878, en Beauce, est arrivé aux mêmes conclusions. A l'appui de cette manière de voir, il invoque aussi l'engorgement si prononcé des ganglions rétro-pharyngiens et sous-maxillaires : « Je puis donc affirmer, dit-il, que dans onze cas de charbon chez le mouton sur douze que j'ai examinés, les spores ou les bactéridies avaient pénétré par la bouche ou le pharynx (2). »

Pour M. Koch, ce mode de pénétration n'est que l'exception et c'est par la voie intestinale proprement dite que s'effectue, dans la plupart des cas, la contamination. Voici le résumé des expériences faites à ce sujet par M. Koch. Il fit déglutir à des moutons, en les leur portant directement derrière la langue, des fragments de pomme de terre creusés d'une petite excavation dans laquelle il plaçait des matières charbonneuses ; l'excavation était fermée par une petite lanière de pomme de terre faisant opercule. De cette façon, on évitait toute inoculation de la muqueuse de la bouche ou de l'arrière-gorge. On fit ainsi d'abord ingérer à des moutons des bacilles, sans mélange de spores (fragments de poumon et de rate de souris charbonneuses) ; cette expérience, répétée plusieurs fois sur les mêmes moutons, ne donna aucun résultat : les bactéridies avaient été sans doute détruites par le contenu acide de l'estomac.

Les choses se passèrent tout différemment quand, au lieu de bacilles, on fit ingérer à ces mêmes moutons des cultures renfermant des spores en grande quantité (la dose de culture employée avait environ la grosseur d'un pois). Les cinq moutons soumis à cette expérience moururent du charbon, à la suite d'une seule ingestion, dans un espace de temps variant entre 36 et 60 heures. A l'autopsie, les muqueuses de la langue, du pharynx et de l'œsophage furent trouvées pâles et intactes. Les trois premiers estomacs, dont le contenu avait une réaction alcaline, étaient intacts également ; mais le quatrième estomac, dont le contenu offrait une réaction neutre ou faiblement alcaline, présentait, surtout dans le voisinage du pylore, de l'hyperémie et des érosions hémorrhagiques de la muqueuse. Ces lésions étaient plus accusées sur la muqueuse du duodénum et de l'intestin grêle, particulièrement au niveau des plaques de Peyer et des follicules clos. Sur des coupes colorées, on constate que la muqueuse est presque totalement dépouillée de son épithélium et qu'elle est recouverte d'une épaisse couche de bacilles qui pénètrent l'épaisseur de la muqueuse et en envahissent les vaisseaux. Les ganglions mésentériques sont fortement tuméfiés, ecchymotiques ; quelques-uns atteignent le volume d'un œuf. On voit donc que les spores du charbon ne sont pas détruites, comme les bacilles, par le suc gastrique du mouton, qu'elles germent dans l'intestin grêle, à contenu alcalin, et y donnent naissance à des bacilles qui traversent la muqueuse et pénètrent dans le sang. Toutes les spores toutefois n'ont pas le temps de germer et, ainsi que M. Pasteur l'avait déjà signalé, on en retrouve d'intactes dans les excréments (1).

Ces expériences avaient été faites avec des doses massives de spores, et les choses ne se passent évidemment jamais ainsi dans la nature. Pour imiter autant que possible la contagion naturelle, M. Koch soumit des moutons à l'ingestion quotidienne de petites quantités de spores. Il leur fit avaler chaque jour un morceau de pomme de terre dans laquelle on avait insinué un fil de soie d'un centimètre de long, qu'on avait imprégné préalablement d'un peu de culture contenant des spores charbonneuses et qu'on avait fait sécher. Sur dix moutons soumis à ce traitement pendant 19 jours, quatre moururent successivement au 5e, 6e, 11e et 19e jour ; l'expérience ne fut pas prolongée davantage.

On voit donc, en résumé, que si l'on fait avaler aux

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30 et 31.

(2) Toussaint, *op. cit.*, p. 115.

(1) Les excréments desséchés et inoculés au bout d'un an ont encore pu communiquer le charbon (Koch) ; s'ils n'avaient renfermé que des bactéridies (sans spores), la virulence charbonneuse eût été détruite au bout de ce temps par la dessication.

© BIU Santé

moutons des spores charbonneuses en grande quantité, ces animaux meurent tous, infailliblement et à bref délai après l'ingestion ; si au contraire on leur en fait prendre journellement de petites quantités (comme cela se passe sur les pâturages, dans les pays à charbon), ils meurent moins sûrement et à des intervalles plus éloignés. Ces différences s'expliquent aisément si l'on ne perd pas de vue que la plupart des spores ingérées n'arrivent pas à germer dans l'intestin et sont évacuées par les selles ; il s'ensuit naturellement que plus le nombre des spores avalées est grand, plus grand est le nombre de celles qui arrivent à se développer dans l'intestin, et plus sûres et plus rapides aussi sont les chances d'infection (1).

En somme, chez le mouton, l'infection s'opère surtout par la pénétration des spores dans les voies digestives, soit qu'elle s'effectue par inoculation directe des premières voies, soit par infection intestinale proprement dite. Tout porte à croire que le charbon spontané du bœuf est aussi, presque toujours, un charbon intestinal. Nous verrons plus tard que cette variété de charbon s'observe aussi chez l'homme.

La surface pulmonaire est aussi une des portes d'entrée du virus charbonneux, mais ce mode d'infection est bien plus rare que le précédent. Il a été étudié expérimentalement par M. H. Buchner. Des souris blanches furent placées dans un espace clos dans l'air duquel on répandait des poudres inertes, du charbon pulvérisé ou du talc, auxquelles on avait mêlé des spores desséchées de bactéridies. Une seule séance d'inhalation, d'une durée variant d'un quart d'heure à deux heures, suffit pour donner régulièrement le charbon à ces animaux. Dans cette expérience, l'infection s'est faite par la voie pulmonaire et ne peut être attribuée à la déglutition des spores et à leur pénétration dans le tube digestif, car on sait qu'il est difficile de faire périr les souris en leur faisant ingérer des spores, à moins, toutefois, qu'on n'emploie de grandes quantités de matière virulente ; or M. Buchner a pu faire avaler à des souris, sans aucun résultat, des doses de spores infiniment plus fortes que celles qui servaient à contaminer l'air dans ses expériences d'inhalation (2). Nous verrons qu'il existe une variété curieuse, professionnnelle, de charbon chez l'homme (*Woolsorters' disease*, *Hadernkrankheit*) où la contamination paraît s'effectuer par la voie pulmonaire.

L'infection par le tégument externe (charbon par inoculation, charbon externe), est infiniment plus rare chez les animaux que le charbon interne ou intestinal. Nous avons déjà vu que Davaine et Raimbert faisaient jouer un rôle exagéré aux piqûres de mouches dans la propagation du charbon ; ce mode d'infection peut s'observer, mais il est tout à fait exceptionnel. De même, il peut arriver que des moutons soient infectés par les morsures que leur infligent des chiens qui viennent de dévorer des débris de cadavre charbonneux et dont la bouche et les dents sont souillées de sang charbonneux. Les bœufs, les chevaux, peuvent être inoculés accidentellement aux endroits où la peau est mise à vif par le joug ou par le harnais ; mais ce ne sont là, somme toute, que des cas sporadiques et exceptionnels ; on peut admettre, en règle générale, que les enzooties et les épizooties charbonneuses sont toujours dues au charbon intestinal.

Réceptivité des diverses espèces animales pour le charbon. Cette étude serait incomplète sans la mention des principales espèces animales chez lesquelles s'observe le charbon spontané ou qui sont susceptibles de le contracter par inoculation expérimentale.

Le mouton tient le premier rang par sa facilité à prendre le charbon, tant par la voie intestinale que par inoculation sous-cutanée, et c'est avec raison que l'Association médicale d'Eure-et-Loir plaçait cet animal en tête de tous comme réceptivité pour le charbon. Mais même pour le mouton, cette réceptivité varie avec l'âge, avec certaines conditions individuelles, encore inconnues et surtout avec la race ; nous verrons en effet, plus tard, la grande résistance qu'offrent au charbon les moutons algériens, ainsi que l'ont établi les expériences de M. Chauveau. *Les chèvres* paraissent se comporter, à l'égard du charbon, à peu près comme le mouton.

Les *rongeurs* (souris, cobayes, lapins) si sensibles à l'inoculation sous-cutanée, se montrent infiniment plus résistants que le mouton à l'infection par la voie intestinale. Les rats sont assez difficiles à infecter non seulement par l'ingestion de matières charbonneuses, mais aussi par l'inoculation sous-cutanée, surtout, au dire de Feser, les rats nourris à la viande.

Les animaux de l'*espèce bovine* contractent assez facilement le charbon par la voie intestinale, ainsi que le montrent les ravages que cette maladie exerce, dans certaines régions, sur les troupeaux. Mais les expériences déjà anciennes de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, celles d'Œmler, de M. Pasteur, de M. Chauveau, établissent la résistance très notable de ces animaux à l'inoculation sous-cutanée. Œmler, qui a fait de si nombreuses expériences sur l'inoculabilité du charbon chez les diverses espèces animales, a inoculé 41 bovidés, dont plusieurs à un grand nombre de reprises et avec de grandes quantités de sang charbonneux ; un seul mourut du charbon (1). M. Chauveau a observé le même fait, non seulement chez le bœuf, mais aussi chez le veau. Dans ces expériences, dit-il, les bœufs français se sont montrés aussi réfractaires à l'infection bactéridienne que les moutons de l'Algérie et il ajoute que « la fréquence du charbon sous forme épizootique dans l'espèce bovine est encore assez grande pour paraître un peu contradictoire avec la grande résistance des sujets de cette espèce à l'inoculation expérimentale (2). » C'est un nouvel exemple de la variabilité dans l'énergie d'action d'un même virus chez le même animal, selon le lieu de pénétration de ce virus.

Dans nos contrées, les *chevaux* comptent parmi les animaux domestiques qui sont le plus rarement atteints du charbon, tandis qu'en Algérie, dans certaines provinces de la Russie, en Sardaigne, ils sont souvent frappés en grand nombre, presque toujours du charbon intestinal. Les expériences d'Œmler ont montré qu'ils contractent plus facilement que les bovidés la maladie par la voie hypodermique.

Les anciens vétérinaires parlent volontiers d'épizoo-

(1) Koch. *Ueber die Milzbrandimpfung*, Cassel 1882. — Koch, Gaffky et Lœffler, *Experimentelle Studien über Milzbrandinfection durch Fütterung*. Mitth. d. k. Gesundheitsamte, Bd. II, 1884, p. 147.

(2) Buchner (H.). *Zur Ætiologie der Infectionskrankheiten (Vorträge gehalten im ærtzlichen Verein in München*, 1881, p. 293). — *Versuche über die Entstehung des Milzbrandes durch Einathmung (Nægeli's Untersuchungen über niedere Pilze*, Munich, 1882, p. 178).

(1) Œmler, *Experimentelle Beiträge zur Milzbrandfrage (Arch. f. wissensch. u. practis. Thierheilkunde*, t. II, p. 257 ; t. III, p. 97 et 257 ; t. IV, p. 261 ; t. V, p. 164 et t. VI, p. 401).

(2) Chauveau. *Sur la résistance des animaux de l'espèce bovine au sang de rate*, etc. (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1880, t. 91, p.).

© BIU Santé

ties charbonneuses régnant sur *les porcs*, mais ils confondaient sous ce nom plusieurs maladies infectieuses autres que le charbon, le rouget notamment. Il résulte des recherches de M. Toussaint et de M. Arloing que les porcs sont presque absolument réfractaires au charbon, soit qu'on leur injecte du sang charbonneux dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines, ou qu'on leur fasse ingérer, à diverses reprises, de grandes quantités de viandes charbonneuses. Œmler, qui a fait de nombreuses inoculations, est arrivé aux mêmes résultats et range les porcs « parmi les animaux qui sont extraordinairement peu disposés à contracter le charbon inoculé. » Toutefois, dans des conditions tout à fait exceptionnelles, on a pu constater le charbon sur des sujets de l'espèce porcine; M. Nocard en a publié récemment un cas indiscutable (1).

Les *chiens* sont aussi à ranger parmi les animaux entièrement réfractaires au charbon; ils ne se contagionnent pour ainsi dire jamais par la voie intestinale, comme le prouve l'habitude séculaire qu'ont les bergers de nourrir impunément leurs chiens avec la viande des animaux de leur troupeau qui succombent au sang de rate. M. Colin, notamment, a fait à ce sujet des expériences qui méritent d'être relatées.

« J'ai d'abord fait avaler, dit-il, à quatre chiens, une grande partie du cadavre d'un mouton qui venait de mourir du charbon développé par l'inoculation. Aucun de ces quatre animaux n'a éprouvé la plus légère indisposition. Le sang du mouton était cependant très riche en bactéridies et d'une grande virulence, comme le démontra l'insertion de quelques gouttes de ce liquide dans le tissu cellulaire d'un lapin. Un autre chien a été nourri, pendant 8 jours, de viande et de sang provenant d'un cheval mort de charbon; il a dévoré, en outre, à quelques jours d'intervalles, plusieurs lapins charbonneux dont il a été obligé de broyer les os, au risque de se blesser la muqueuse buccale. Il n'en a pas été plus incommodé que les premiers. Tous les faits observés sur le chien concordent avec ceux-là.

« Les autres animaux carnassiers paraissent aussi complètement réfractaires que le chien à l'inoculation par les voies digestives. Tous les jours, on voit ceux des ménageries se repaître de viande de cette nature; les carnassiers du muséum nous répètent à tout instant l'expérience, car, parmi les viandes saisies dont ils se nourrissent, il en est assez souvent qui proviennent d'animaux charbonneux, comme j'en ai eu plus d'une fois la preuve. On peut même ajouter que sans cette immunité, les carnassiers sauvages seraient vite détruits, tant sont fréquentes les occasions qu'ils trouvent de dévorer des cadavres d'herbivores charbonneux. » (2).

Le chien offre également une grande résistance à l'inoculation sous-cutanée du charbon; celle-ci ne réussit chez lui qu'exceptionnellement, particulièrement chez les jeunes sujets, après des tentatives répétées d'inoculation. Je possède, en ce moment, un chien d'environ 18 mois, à qui j'ai inoculé, une dizaine de fois, du sang charbonneux frais, des cultures virulentes et auquel j'ai insinué sous la peau, à diverses reprises, de gros fragments de rate et de poumons de cobayes charbonneux, le tout sans résultat. M. Toussaint a réussi à amener la mort de deux chiens par le charbon en leur injectant directement du sang charbonneux dans la veine saphène.

Les *chats*, ainsi qu'il résulte des expériences de Gerlach, de M. Colin et d'Œmler, résistent moins que le chien à l'inoculation sous-cutanée du charbon; ils paraissent aussi plus aptes à le contracter par la voie intestinale. On parle de cas de charbon observés chez *le lion*. Dans des tentatives répétées d'inoculations faites sur sept *renards* d'âge différent, Œmler a constamment échoué.

Parmi les animaux vivant à l'état sauvage, *le cerf*, *les daims* et *les chevreuils* sont très prédisposés au charbon, et l'on trouve dans les recueils vétérinaires le récit de diverses épizooties charbonneuses qui ont décimé ces animaux dans les parcs et dans les forêts.

L'*ours* paraît parfois contracter le charbon, dans les forêts de la Russie et de la Finlande particulièrement, et l'on connaît des cas de transmission du charbon à l'homme par l'intermédiaire de la peau de cet animal.

Les *oiseaux* sont doués d'une résistance très grande au charbon. Il n'y a pas d'exemple avéré d'infection de ces animaux par la voie intestinale; dans les établissements d'équarrissage, on voit les oiseaux de basse-cour manger avec avidité le sang et la chair d'animaux charbonneux sans en être incommodés. L'inoculation sous-cutanée est aussi, le plus souvent, sans résultat. Toutefois, dans les expériences d'Œmler, à la suite, le plus souvent, d'inoculations réitérées, 9 canards sur 28, 11 poulets sur 31 et 15 pigeons (jeunes) sur 38 moururent du charbon. Récemment j'ai pu faire mourir du charbon, avec beaucoup de bactéridies dans le sang, un jeune pigeon à qui j'avais placé, à diverses reprises, des fragments de rate de cobaye charbonneux sous la peau de la région pectorale. Les moineaux aussi peuvent contracter le charbon. Nous verrons plus tard, quand nous aborderons la question de l'immunité, comment M. Pasteur, en abaissant la température des poules, est arrivé à leur communiquer, à coup sûr, le charbon.

Les *amphibies* et les *poissons* sont doués d'une résistance encore bien plus grande; toutefois Œmler dit avoir fait périr du charbon, à la suite de l'inoculation sous-cutanée de sang charbonneux, 6 grenouilles sur 27. M. Gibier a obtenu le même résultat, mais plus constant, en élevant la température des grenouilles soumises à l'inoculation. Œmler pense aussi avoir réussi à inoculer, dans quelques cas, le charbon à des poissons (carpes, cyprins) (1).

Ce n'est pas sans but que j'ai résumé les données que nous possédons sur la réceptivité des différentes espèces animales pour le charbon; elles invitent à la méditation et sollicitent des recherches exactes sur les conditions qui peuvent favoriser ou empêcher le développement du microbe pathogène : c'est en effet là un des côtés par lesquels on peut aborder le grand problème de l'immunité. Quand nous étudierons cette dernière, nous aurons à rappeler et à compléter les notions qui précèdent; nous aurons surtout à montrer que la réceptivité (ou l'immunité) d'une espèce animale à l'égard d'une maladie parasitaire n'offre rien d'absolument fixe ni d'immuable; qu'elle varie, pour une même espèce, avec la race, avec l'âge du sujet, avec la

(1) Nocard. *Sur le charbon bactéridien du porc* (*Recueil de méd. vétérin.*, 1885, t. II, p. 289).

(2) Colin (G.). *L'ingestion de la chair provenant de bestiaux atteints de maladies charbonneuses peut-elle communiquer ces affections à l'homme et aux animaux?* (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1869, t. 68, p. 135).

(1) Le lecteur désireux de se renseigner plus complètement sur les différentes espèces animales capables de contracter le charbon devra surtout se reporter à la série mentionnée des mémoires d'Œmler et au livre de Heusinger (*Die Milzbrandkrankheiten der Thiere und des Menschen*, Erlangen, 1850, p. 607-685). Ce dernier est extrêmement riche en documents, mais qui ne sont pas tous d'une égale valeur, car ils remontent à une époque où la bactéridie n'était pas connue et où, par conséquent, la détermination du charbon manquait de précision.

© BIU Santé

qualité (degré de virulence) de l'agent pathogène, avec la *quantité* de cet agent introduite dans l'économie, avec le mode et le lieu de pénétration, sans compter bien d'autres facteurs que nous ignorons encore.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. — De l'angine, dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général (*suite*) (1) ;

Par **Paul TISSIER**, interne des hôpitaux.

DIAGNOSTIC.

Chez un sujet présentant une tuméfaction au siège d'élection, avec le caractère de dureté ligneuse, de fixité au maxillaire, de délimitation nette, d'intégrité de la peau, d'un soulèvement caractéristique du plancher de la bouche, s'accompagnant d'un état typhoïde assez prononcé, l'hésitation est impossible, le diagnostic s'impose. Mais il n'en est pas toujours de même, surtout au début, où l'on peut souvent croire à une pulpite, à une amygdalite légère, à une adénite secondaire sans importance, si déjà les symptômes généraux ne donnaient l'éveil. Tout ce grand fracas, frissons, mouvement fébrile, rachialgie, constipation, anorexie, langue saburrale, doit faire naître des soupçons sur la bénignité de la lésion et conduire à redouter l'invasion d'un état infectieux encore indéterminé.

Néanmoins voyons avec quelles maladies on pourrait confondre l'angine sous-maxillaire infectieuse.

Pour plus de simplicité nous diviserons ce chapitre en deux sections : A. Maladies générales infectieuses pouvant donner le change par la présence de symptômes gutturaux ou sous-maxillaires : amygdalite infectieuse de Bouchard, Kannenberg et Landouzy ; oreillons sous-maxillaires, scarlatine au début, angine erysipélateuse.

B. Maladies locales, ne présentant que les symptômes ordinaires de l'inflammation plus ou moins aiguë, fluxion dentaire, ostéo-périostite maxillaire, phlegmon traumatique sus-hyoidien, adéno-phlegmon, amygdalite suppurée, hygroma-tyrohyoïdien, phlegmon tyro-hyoïdien, inflammation de la bourse séreuse de Fleischmann (2).

Voyons d'abord les maladies de la seconde section : Elles ne peuvent être confondues qu'avec l'angine sous-maxillaire infectieuse à son début, pour cette seule raison suffisante que celle-ci est infectieuse et présente par conséquent les signes des états infectieux, absents dans les maladies que nous allons passer en revue. Ici en effet nous pouvons trouver de l'hyperthermie, de l'accélération du pouls, un mauvais état des voies digestives, mais avec le cachet spécial de la fièvre inflammatoire.

Les *fluxions dentaires* se reconnaitront à la rapidité de leur production, sans prodromes autres que des élancements au niveau de la dent cariée, à l'état si douloureux de celle-ci, et des gencives, aux douleurs névralgiques, à l'état œdémateux de la peau, à l'envahissement de la face, à la consistance pâteuse de la tumeur, à ses limites vagues, enfin à l'absence de symptômes généraux graves.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 35, 36, 37 et 38.

(2) L'Adéno phlegmon et surtout l'amygdalite suppurée devraient rentrer dans la première section, étant elles aussi microbiennes et souvent infectieuses.

L'ostéo-périostite du maxillaire inférieur à laquelle nous faisons allusion, reconnait d'ordinaire une origine dentaire. Elle peut être aiguë et alors détermine la tuméfaction rapide, molle de la gencive et du vestibule voisin, empâtement vite fluctuant, ne s'étendant pas d'ordinaire jusqu'à la région de l'angine sous-maxillaire infectieuse. Le pus est ici phlegmoneux, de bonne nature. Il peut, au contraire, s'agir d'une forme fréquente de périostite chronique, déterminant la formation lente, sourde d'une collection purulente qui chemine lentement, s'ouvre dans le vestibule et quelquefois, mais assez rarement, atteint la région sous-maxillaire et peut y produire une tuméfaction notable à l'occasion d'une poussée aiguë ; mais ici le doigt promené dans le vessibule y fera sentir un bourrelet s'étendant du bord alvéolaire à la tumeur.

Le *phlegmon traumatique* de la région sus-hyoïdienne peut être soit franc, soit quelquefois gangréneux suivant la nature de la cause. Il sera alors produit par une blessure du larynx, du pharynx, par un corps étranger, et dès lors les anamnestiques trancheront la question. Le phlegmon superficiel ne saurait causer aucune méprise. Le phlegmon profond est plus embarrassant ; mais la peau sera *lisse*, *tendue*, *luisante*, *chaude*, *rosée dès le début*, la tumeur sera *molle*, *pâteuse*, siège *d'élancements*, la température présentera de fortes oscillations du matin au soir. L'envahissement sera rapide, l'extension à la partie inférieure du cou précoce, l'ouverture donnera un pus phlegmoneux ; quelquefois cependant sanieux et fétide. La phlébite des veines faciales pourra déterminer des signes de méningo-encéphalite par propagation aux veines et donner le change, mais outre que les caractères locaux ne présentent aucune autre analogie que le siège avec l'angine sous-maxillaire infectieuse, on pourra reconnaître à l'œdeme de la face et des paupières, la raison des symptômes encéphaliques qui pourraient induire en erreur.

L'adéno-phlegmon du cou a été identifié par certains auteurs avec l'angine sous-maxillaire infectieuse, il en est cependant bien différent : Dès le début pas de symptômes généraux, on sent à la region sous-maxillaire des masses arrondies, douloureuses, vaguement limitées, mais de forme encore appréciable ; la tumeur sous-maxillaire s'accroit rapidement en un jour ou deux, la peau devient œdémateuse, rouge, chaude, le sujet accuse une sensation de soulagement, la douleur et les élancements se calmant à mesure que le pus se collecte, la fluctuation est évidente et le pus ne tarde pas à se frayer un passage. Dans ces cas, l'évolution locale de l'affection est facile à reconnaitre, la courbe thermométrique frappante, mais il n'en est pas toujours ainsi, le pus bridé par les aponévroses solides peut gagner vers la profondeur ; les progrès de l'inflammation produisent la dyspnée, la dysphagie, le soulèvement du plancher de la bouche ; par propagation directe l'état général s'aggrave, le tableau s'assombrit, mais l'étude attentive du sujet peut encore ici être suffisante pour éviter toute méprise.

Du reste, ces adéno-phlegmons sont eux-mêmes septiques et peuvent comporter l'allure des états infectieux et simuler presque complètement le tableau clinique de l'angine sous-maxillaire infectieuse.

C'est alors qu'il faut s'attacher aux moindres détails, si l'on veut établir un diagnostic précis, de peu d'utilité du reste puisque les indications thérapeutiques sont les mêmes. Et souvent ici, comme en beaucoup d'autres cas,

© BIU Santé

embarrassants, le bistouri tranche victorieusement la question.

Quoi qu'il en soit, on se basera sur le mode de début, la possibilité de la contagion, sur le caractère général d'emblée de l'angine sous-maxillaire infectieuse et avant tout sur les caractères de la tuméfaction locale. Ici, dure, ligneuse, comme soudée au maxillaire inférieur, présentant un bourrelet à la face interne de l'os, sans participation de la peau au processus morbide. Là, plus diffuse, plus pâteuse, mal limitée, rapidement fluctuante par points avec participation au syndrome inflammatoire de la peau lisse, tendue, rosée, sillonnée de traînées veineuses, bleuâtre, violacée, chaude, gardant l'empreinte du doigt, immobile sur le plan profond.

L'amygdalite suppurée, que nous plaçons à côté de l'adéno-phlegmon aurait trouvé sa vraie place dans le cadre des maladies infectieuses, nous ne l'avons pas fait pour ne pas dissocier l'histoire des collections phlegmoneuses de la région. L'introduction du doigt dans la bouche fera, dans tous les cas, sentir la tuméfaction molle, fluctuante, chaude de l'amygdale, et l'ongle suffira souvent pour faire sourdre le pus. L'écartement des maxillaires est souvent fort pénible mais ici le plancher de la bouche est ordinairement intact et la fluctuation ne tarde pas à apparaître à la région de prédilection, l'angle de la mâchoire. Le pus est phlegmoneux, bien lié, de bonne nature.

L'hygroma thyro-hyoïdien, affection rare, décrite par Boyer, dont le siège est la bourse séreuse thyro-hyoïdienne, peut, lorsque sous l'influence de l'inflammation, l'hygroma augmente subitement de volume, repousser en arrière la membrane tyro-hyoïdiene, gêner la respiration, la phonation et la déglutition, mais outre l'absence de tout état infectieux, la situation médiane de la tumeur, sa fluctuation évidente, sa localisation sous-hyoïdienne sont des caractères distinctifs suffisants.

Le *phlegmon thyrohyoïdien* caractérisé par l'inflammation phlegmoneuse du tissu conjonctif qui sépare la base de l'épiglotte de la membrane thyrohyoïdienne présente des symptômes analogues. Le plancher buccal est intact et d'ailleurs le laryngoscope jugera la question. Du reste, il n'a guère de commun avec l'angine sous maxillaire infectieuse que la dyspnée consécutive à la tuméfaction œdémateuse secondaire de l'entrée du larynx.

Le *phlegmon large du cou* de Dupuytren ne saurait être confondu non plus avec la maladie qui nous occupe en raison de ses caractères qui le rapprochent du phlegmon ordinaire, et que nous avons décrits plus haut.

L'*hygroma de la bourse séreuse de Fleischman* (1), ou si l'on veut l'inflammation du tissu cellulaire lâche, sous-muqueux du plancher de la bouche est une affection rare, caractérisée par le soulèvement en masse de la région, le refoulement de la langue en arrière, déterminant des troubles mécaniques de la phonation, de la respiration et de la déglutition. Mais elle survient du soir au matin, sans symptômes généraux et caractère typique ; la ponction donne issue à une quantité considérable de liquide ordinairement visqueux, filant et un peu jaunâtre.

Dans la première section ou *section des maladies à caractères infectieux*, nous trouverons plus d'une analogie dans la marche, dans les symptômes généraux, mais le génie propre à chaque affection, les particularités de leurs manifestations locales éclaireront la diagnose.

L'*amygdalite infectieuse* étudiée en France par le Pr Bouchard, à l'étranger par Kannenberg, si bien exposée par M. Landouzy dans une leçon que nous avons citée plusieurs fois est certainement l'affection qui par ses allures rappelle de plus près l'angine sous-maxillaire infectieuse. Il faut ici se rapporter aux symptômes locaux, et comme nous avons vu que le début était quelquefois une folliculité légère, en raison de l'identité du début, le diagnostic doit être réservé. En effet, même fracas symptomatique, même marche cyclique, même gravité pronostique, même sindications thérapeutiques, pourrions-nous ajouter, il semble que l'agent pathogène ici s'arrête dans son envahissement de l'organisme à l'amygdale, tandis que là il va plus loin établir ses cantonnements dans la région sous-maxillaire, chacun choisissant le milieu le mieux approprié à sa multiplication, à son développement, pour de là s'irradier par un processus identique à toute l'économie.

Mais une fois la période de début passée, le doute est impossible, le plancher de la bouche est sain, la région sous-maxillaire ne présente que quelques masses ganglionnaires tuméfiées, douloureuses, facilement reconnaissables, le nœud de la pièce se dénoue ailleurs dans la région amygdalienne.

Les ourles peuvent se porter sur les glandes sous-maxillaires concurremment avec la localisation ordinaire parotidienne, ce qui rend déjà le diagnostic facile, mais on a cité des cas d'oreillons sous-maxillaires primitifs. On se fondera sur la notion étiologique, la rapidité de l'évolution, l'absence constante de suppuration, l'intégrité du plancher buccal, la coloration de la peau rouge, tendre, douloureuse à la pression, le caractère ordinairement bilatéral d'emblée de la lésion, etc., etc. Car les symptômes généraux, la courbe thermométrique, rappellent, dans les cas graves, presque exactement ce que nous avons vu dans l'angine sous-maxillaire infectieuse.

L'angine de la scarlatine est si spéciale, les caractères de l'érysipèle de l'arrière-gorge sont si frappants qu'on ne nous pardonnerait pas de chercher à les différencier de l'angine infectieuse sous-maxillaire que nous avons décrite.

Maintenant que nous en avons fini avec l'histoire de cette affection, qu'il nous soit permis de nous résumer en affirmant encore une fois son caractère général, infectieux, son origine exogène, microbienne, son existence propre à titre d'entité morbide, enfin sa nature spéciale, distincte qui la placent dans le cadre de la nosologie immédiatement à côté de l'amygdalite infectieuse.

Traitement. De toute cette étude, nous devons maintenant faire découler les indications thérapeutiques, qui ne sauraient être légitimes, qu'autant qu'elles seront en conformité avec l'essence de la maladie. Or, l'angine sous-maxillaire infectieuse est une maladie générale, *totius substantiæ*, la médication sera générale ; elle est infectieuse, la médication sera antiparasitaire, elle a enfin son foyer spécial, propre de germination et de multiplication, la médication sera locale.

Le but à atteindre consiste à empêcher d'abord la pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme, ce qui rentre dans le cadre de l'hygiène, ensuite, une fois la barrière franchie, à le combattre, à le rendre impuissant.

Dans le premier cas, la médication est prophylactique, dans le second, elle est abortive ; car, en fait de maladies

(1) Tillaux. *Anat. topograph.*, page 321.

© BIU Santé

septiques parasitaires, on peut entrevoir l'espérance d'entraver la marche du parasite, cette médication est donc légitime, aussi devra-t-elle toujours être employée; mais quand la localisation s'est nettement affirmée, que la tumeur sous-maxillaire s'est développée avec sa tendance au sphacèle, il faudra chercher à remédier aux lésions locales, en même temps qu'à détruire ce foyer de pullulation et de dissémination.

Soutenir le malade par l'alcool, les toniques, qui le mettent en état de lutter victorieusement; s'adresser aux agents antiparasitaires qui, pour tuer la cellule parasite, ne lèsent pas la cellule vivante du sujet: le quinine, le mercure, l'acide salycilique, la créosote, etc. Voilà pour les deux premières indications.

Pour l'état local: lavages fréquents, répétés de la cavité buccale, avec des liquides antiseptiques (solution boriquée); injections directes dans le tissu induré des substances antiparasitaires (sublimé); application de révulsifs énergiques (ventouses scarifiées, sangsues); et, dès qu'il se produit une plaque plus molle, plus saillante, indurée, signe d'un ramollissement putride, large ouverture avec toutes les précautions antiseptiques, évacuation des détritus et toilette méticuleuse de la plaie pour assurer autant que possible sa désinfection, drainage et pansement de Lister.

CLINIQUE NERVEUSE

Epilepsie idiopathique. — Démence paralytique. — Obstruction des voies respiratoires par des aliments : crico-trachéotomie. — Anciennes fractures des septièmes cartilages costaux (1);

Par BOURNEVILLE, P. BRICON et COURBARIEN.

Voici l'autopsie du malade Ménag... dont nous avons publié l'histoire clinique dans le dernier numéro.

AUTOPSIE (vingt-huit heures après la mort). — Abdomen plat, sans coloration cadavérique. Rigidité assez prononcée, surtout au bras gauche. Tissu adipeux assez abondant. Musculature normale. Pas d'emphysème du cou. A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine paraît sain; un peu de liquide rougeâtre dans le petit bassin. L'intestin occupe sa place normale; le grand épiploon est remonté et complètement recouvert par les anses intestinales. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. Le diaphragme remonte au bord inférieur de la troisième côte à droite et de la quatrième à gauche. L'estomac est dilaté et déborde les fausses côtes de la largeur de la main. Dans la cavité pleurale gauche, un demi-verre environ d'un liquide roussâtre; adhérences entre les deux plèvres, en arrière, s'étendant du sommet à la base du poumon gauche et sur un espace plus large en haut qu'en bas. Le poumon droit est presque complètement adhérent, tant à la plèvre qu'au péricarde. — *Péricarde* normal; sa cavité contient environ trois cuillerées d'un liquide rougeâtre, sans fausses membranes.

Thorax. L'examen du *plastron thoracique*, enlevé pour l'ouverture de la cavité, fait découvrir une *fracture double symétrique des 7es cartilages costaux*, fractures anciennes dont nous ignorons la date, car nous n'avons trouvé aucune indication sur les registres de la section. La poignée du sternum est réunie au corps par une articulation, tandis que l'appendice xyphoïde est en grande partie cartilagineux; le cartilage de la 7e côte s'insère sur cette partie cartilagineuse. Ce cartilage mesure 11 cent. 1/2. A 3 cent. 1/2 de son extrémité costale se trouve de chaque côté une *fracture transverse à bords nets;* ses fragments chevauchent l'un sur l'autre de 1 cent. 1/2 à 2 cent.; le *fragment costal est situé en avant*. Entre les deux fragments et autour d'eux, on voit de chaque côté du *tissu osseux dur et compact*, se montrant sur les différentes surfaces du cartilage, sans *union intime* avec lui; ce tissu osseux est surtout abondant entre la face externe du fragment sternal et la face interne du fragment costal. Les cartilages paraissent normaux sans traces d'ossification.

Cœur (280 grammes), surchargé modérément de graisse, surtout à la pointe et en arrière; normal, on trouve seulement un peu d'athérome autour des orifices des artères coronaires. — Endocarde un peu épaissi dans la cavité ventriculaire gauche, dur et presque calcaire dans l'espace sous-aortique. — *Plèvre* lisse et normale dans les parties où on ne trouve pas d'adhérence. — *Ganglions* du médiastin postérieur mélaniques, sans augmentation de volume. — *Bronches* et *trachée* hyperémiées. — *Poumon droit* (900 grammes) très congestionné et très œdématié; sur les bords, plusieurs zones de 1 centimètre d'épaisseur, dures, grisâtres (*broncho-pneumonie*). — Congestion et œdème du *poumon gauche* (780 grammes), prédominant à la base. Aspect gris sale de la *plaie trachéale*; celle-ci intéresse seulement le cartilage cricoïde et le ligament crico-thyroïdien. Les cordes vocales qui touchent immédiatement par leur insertion antérieure à l'angle supérieur de la plaie sont gonflées, mais ne paraissent pas avoir été atteintes. — *Pharynx* et *œsophage* normaux.

Abdomen. *Foie* (1230 grammes). *Pancréas*, *uretères*, *capsules surrénales*, *rate* (140 grammes), *rein droit* (105 grammes) normaux. *Rein gauche* (115 grammes) lobulé; deux petits *kystes*, un de 5 millimètres environ, l'autre de 2, font une légère saillie sur son bord convexe. *Bile*, *vésicule biliaire*, *canal cholédoque*, rien de particulier. — Le *canal inguinal* droit est très dilaté. Les *testicules* sont normaux.

Tête. *Cuir chevelu* normal. Les os du *crâne* durs, mais peu épais, sont symétriques. Le *trou vertébral* est normal. *Dure-mère* et *liquide céphalo-rachidien*, rien de particulier. *Encéphale* : 1270 grammes.

La *pie-mère*, non injectée, mais un peu épaissie, s'enlève très facilement des deux côtés, sur le cerveau et le cervelet. Les *nerfs*, le *chiasma*, les *pédoncules cérébraux* sont symétriques. Les hémisphères cérébraux sont égaux. Les *ventricules latéraux* et la *corne d'Ammon* n'offrent rien de particulier. Les *artères* de la base sont symétriques, mais l'*artère vertébrale droite* est *au moins de moitié plus petite que la gauche*. *Cervelet* et *isthme* : 140 grammes. Les hémisphères cérébelleux sont égaux.

Hémisphère gauche. *Face convexe*. La *première frontale*, très sinueuse, s'insère directement sur la frontale ascendante; de la base de son point d'insertion part une *scissure parallèle* au sillon de Rolando; elle descend presque au niveau de la scissure frontale inférieure, longe parallèlement dans son tiers inférieur, et à 1 centimètre en avant, une seconde *scissure parallèle frontale* plus inférieure, qui va jusqu'à l'insertion de la troisième frontale. La *deuxième frontale* est très sinueuse, envoie dans son tiers moyen deux plis de passage à la première frontale, s'insère indirectement par un pli de passage au tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, entre les deux scissures parallèles dont nous avons parlé. La *troisième frontale* est aussi très sinueuse; elle ne s'insère à la frontale ascendante qu'au fond de la vallée de Sylvius. Les sillons du lobe frontal sont profonds. La *scissure de Sylvius* est normale. La *frontale ascendante*, assez large dans son tiers inférieur, est moins développée dans ses deux tiers supérieurs, grêle vers sa partie moyenne. Le *sillon de Rolando* est profond et sinueux. La *pariétale ascendante* est sinueuse et assez grêle. La *scissure interpariétale*, très sinueuse et profonde, est interrompue au niveau de sa courbure par un mince pli de passage, allant du pli pariétal inférieur à la partie médiane de la pariétale ascendante; elle possède un rameau ascendant assez sinueux, un sillon vertical descendant (*Sulcus intermedius de Jensen*) qui va se confondre avec la scissure pa-

(1) Voir *Prog. médical*, n° 38.

© BIU Santé

rallèle, puis va se perdre dans le lit de la *première scissure occipitale*, elle-même très sinueuse, en coupant la *scissure perpendiculaire* externe qui, ici, est complète et profonde; cette dernière, interrompue à son tiers supérieur par un pli de passage grêle, allant du lobule pariétal supérieur à la première circonvolution occipitale, se continue ensuite presque jusqu'à la scissure parallèle dont elle n'est séparée que de 4 millimètres. Le *lobule pariétal* supérieur est sinueux, bien développé, ainsi que le *lobule pariétal inférieur* et le *pli courbe*.

La *première circonvolution temporale* est bien développée, sinueuse, elle est nettement séparée du lobule pariétal inférieur par une scissure profonde, horizontale; la *scissure parallèle* est sinueuse et profonde, communique par trois larges et profondes scissures avec la *seconde scissure temporale*, très sinueuse et irrégulière, interrompue par plusieurs plis de passage allant de la troisième temporale à la deuxième; il en résulte que ces deux circonvolutions, bien développées, sont très sinueuses et très irrégulières. Toutes les circonvolutions du lobe temporal sont nettement séparées (il est même très rare de les voir aussi nettement) de celles du lobule pariétal inférieur d'une part et de celles du lobe occipital d'autre part; une *scissure verticale*, dérivée de la première scissure temporale, très zigzaguée et séparée de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau de 9 millimètres, descend vers le lobule fusiforme, semble constituer en partie la *première scissure temporo-occipitale*, très sinueuse et irrégulière. Cette scissure verticale, interrompue seulement dans sa profondeur par un pli de passage grêle allant de la seconde temporale à la troisième occipitale est formée à la face convexe par le sillon occipital antérieur (de Wernicke), l'incisure préoccipitale (de Schwalbe) et forme, en s'entrecroisant avec la partie antérieure de la première scissure temporale, une sorte de confluent.

Le *lobe occipital*, nettement séparé par les sillons précédemment décrits du lobe temporal et du lobule pariétal inférieur, est constitué par trois circonvolutions bien développées et sinueuses. La *scissure occipitale transverse* coupe la scissure occipitale supérieure, puis l'inférieure, et n'est séparée de la scissure parallèle que par un pli de passage à niveau de 3 millimètres. Une *seconde scissure occipitale transverse* se trouve en arrière, part de la scissure occipitale supérieure et coupe la scissure occipitale inférieure. Ces deux scissures transverses constituent, avec une partie de la seconde scissure occipitale, une scissure en H.

Le *lobule orbitaire* et les *circonvolutions de l'insula* sont bien développés, normaux. La première temporale envoie à la partie postérieure du lobule de l'insula un volumineux pli de passage.

Face interne. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, profonde; le sillon paracentral est bien développé et aboutit à la scissure calloso-marginale. Les *scissures fronto-pariétale interne*, *perpendiculaire interne* et *calcarine* sont profondes, la dernière assez sinueuse.

La *première circonvolution frontale* est très sinueuse, découpée par de nombreux sillons parallèles et perpendiculaires. Le lobe *paracentral* est bien développé, de forme triangulaire, avec un sillon curviligne assez profond.

La *circonvolution du corps calleux* est aussi bien développée, présente des scissures assez marquées à sa partie postérieure et envoie deux plis de passage (antérieur et postérieur) à l'*avant-coin* normal, dont elle est séparée vers le milieu par une *scissure sous-pariétale*. Le *coin*, les *circonvolutions temporo-occipitales* ainsi que le *lobule de l'hippocampe*, sont bien développés et normaux. Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique* et le *ventricule latéral* ne présentent rien de particulier.

Hémisphère droit. — Face convexe. — La *première frontale*, sinueuse et irrégulière, s'insère par un petit pli de passage grêle au sommet de la frontale ascendante; elle est dépassée de celle-ci par une scissure parallèle analogue à celle décrite à gauche et vers le milieu de laquelle on remarque un pli de passage se rendant du tiers moyen de la frontale ascendante au fond du sillon vers la première frontale. La *deuxième frontale*, qui s'insère par un pli de passage sur la frontale ascendante, est séparée obliquement de son tiers postérieur par une scissure irrégulière; elle est très sinueuse, irrégulière et envoie un pli de passage vers son milieu, à la première frontale. La *scissure parallèle frontale*, la *troisième circonvolution frontale* présentent les mêmes particularités qu'à gauche. Les sillons sont de même profonds. La *scissure de Sylvius* est normale. La *frontale ascendante* paraît assez bien développée, elle est sinueuse et irrégulière. La *pariétale ascendante* est moins bien développée et sinueuse. Le *sillon de Rolando* profond et sinueux.

La *scissure interpariétale* présente les mêmes particularités qu'à gauche, sauf qu'elle est interrompue par un pli de passage transversal (de Gromier) assez grêle, allant du lobule pariétal supérieur, bien développé et très sinueux à la deuxième circonvolution de passage du lobe occipital et qu'il n'existe pas de pli de passage allant au niveau de sa courbure du lobule pariétal inférieur à la pariétale ascendante; de plus le sillon vertical descendant n'atteint pas tout à fait la scissure parallèle. La *scissure perpendiculaire externe* se prolonge jusqu'à la *scissure parallèle* interrompue seulement par un pli de passage allant du pli courbe à la seconde circonvolution occipitale.

La *scissure verticale* provenant de la seconde scissure temporale est beaucoup moins développée qu'à gauche. Il existe deux *scissures occipitales transverses*, mais elles ne coupent pas la scissure occipitale inférieure.

Les *lobules pariétal supérieur et inférieur*, le *pli courbe*, les *circonvolutions des lobes occipital et temporal* sont bien développées et ont le même aspect qu'à gauche.

Face interne. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, profonde; le *sillon paracentral* n'atteint pas la scissure calloso-marginale; le lobe paracentral est bien développé et tout à fait différent par son sillon bifurqué, profond, du lobe paracentral gauche. Toutes les autres scissures de cette face sont profondes, sinueuses et n'offrent rien de particulier. Toutes les autres *circonvolutions* de la face interne présentent, à très peu de chose près, la même configuration qu'à gauche. Il en est de même du *corps calleux*, du *corps strié*, de la *couche optique* et du *ventricule latéral*.

Le *cervelet*, la *protubérance*, le *bulbe*, etc., ne montrent rien d'anormal.

Dans le prochain numéro nous publierons les réflexions que comporte cette observation et nous insisterons sur les fractures des cartilages costaux.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination à sept places vacantes d'interne titulaire en médecine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la Préfecture de Police.* — Le lundi 6 décembre 1886, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'internes titulaires en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*). — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au samedi 20 novembre 1886, inclusivement.

CONSEIL D'HYGIÈNE. — Ce Conseil a émis dans une de ses dernières séances les vœux suivants: 1° Qu'une commission soit nommée pour étudier et faire exécuter les mesures hygiéniques exigées par la construction de la Bourse du commerce; 2° Que désormais, lorsque des travaux de cette importance auront lieu dans Paris (par exemple, le prolongement de la rue Monge jusqu'à la Seine), des commissions spéciales soient nommées pour prendre les mesures nécessitées par le bouleversement du sol et par les démolitions.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'asymétrie chromatique de l'iris considérée comme stigmate névropathique (stigmate iridien);

Le diaphragme iridien est constitué par une mince trame vasculo-musculaire tapissée en arrière par une couche pigmentaire qui a reçu le nom d'*uvée*. Les différences de constitution de ces deux couches entraînent des variétés chromatiques très nombreuses. Ces variétés chromatiques de l'iris portent sur la *couleur* et sur le *ton*.

On peut retrouver dans l'iris à peu près toutes les couleurs fondamentales, depuis le rouge jusqu'au violet. Cependant on a pris l'habitude de diviser les yeux en quatre groupes d'après leur couleur (1); yeux bruns, bleus, verts, gris. Dans les yeux bruns on peut distinguer du rouge, de l'orangé, du jaune; les yeux bleus comprennent le bleu et l'indigo; les yeux verts sont rarement d'une couleur pure, on y distingue souvent des parties plus bleues; les yeux gris enfin sont rarement caractérisés par un mélange de noir et de blanc, on peut y retrouver du bleu, du violet, du vert; en réalité la désignation de gris ne s'applique qu'aux iris dont la couleur est indécise.

Ces variétés de couleur si artificiellement groupées, vraisemblablement liées, comme celles des plumes des oiseaux, à des différences de réfraction de la lumière, dues à la disposition anatomique des éléments de l'iris, et non point produites par un pigment particulier.

Les variétés de *ton* sont aussi très nombreuses, elles tiennent aux différences de proportion de noir qui rabat la couleur; on n'en distingue cependant que trois tons pour chaque couleur : foncé, intermédiaire, clair. Il est vraisemblable que les différences de ton tiennent aussi à des variétés de réfraction. Quelques auteurs ont pensé qu'elles pouvaient tenir au plus ou moins de densité de la couche vasculo-musculaire qui laisse voir moins ou plus la couche de pigment uvéal. C'est à l'absence de couche pigmentaire qu'est dû l'aspect spécial des yeux des albinos : leur iris n'ayant aucune coloration propre, laisse voir par transparence la couleur rouge des membranes profondes de l'œil.

Les nuances de l'iris ne se présentent pas d'ailleurs sous l'aspect de teintes plates et uniformes. L'iris présente en effet, en général, trois zones concentriques : l'une interne bordant la pupille, le petit cercle de l'iris, une autre externe, le grand cercle de l'iris, et une zone intermédiaire. En général, la zone intermédiaire est plus claire; pour les deux autres il existe une grande variété; mais en général c'est le petit cercle de l'iris qui est le plus foncé. En outre, on voit dans chaque zone des stries décolorées ou des taches plus foncées. Il résulte de ces dispositions qu'il est préférable d'observer à une certaine distance pour se rendre compte de la teinte générale de l'iris.

Du reste, cette teinte générale varie suivant certaines conditions physiologiques. C'est ainsi que, lorsque la pupille est dilatée, la coloration de l'iris paraît en général plus sombre (Broca) : il faut donc avoir soin, lorsque l'on examine comparativement les deux yeux, à ce que l'éclairage soit uniforme.

L'influence de la lumière sur la coloration de la peau est très connue. Peut-être s'exerce-t-elle aussi sur la coloration de l'iris : chez deux sujets atteints de ptosis congénital incomplet, le bord supérieur de l'iris, toujours recouvert par la paupière, était manifestement plus clair.

La coloration de l'iris peut changer chez le même sujet avec l'âge. Quelquefois c'est la couleur elle-même qui se modifie; elle peut, par exemple, passer du bleu au vert en même temps que les cheveux passent du blond au châtain ou au brun. Très souvent il ne se fait qu'un changement de ton qui devient plus foncé à l'âge adulte. Ces modifications peuvent persister dans la vieillesse; mais quelquefois on observe une véritable involution.

Il existe, suivant les races, des différences chromatiques de l'iris dont l'étude est encore incomplète et sur lesquelles ce n'est pas le lieu d'insister.

Existe-t-il des différences suivant le terrain pathologique? Lorsqu'on parcourt un asile d'aliénés, on est frappé par le regard vague d'un certain nombre de sujets dont l'œil offre une coloration particulière, d'un bleu éclairci qui laisse une impression spéciale : les personnes étrangères à la médecine qui sont surtout frappées par les caractères superficiels, remarquent souvent cet œil de fou. Cet aspect particulier a pu faire croire à la plus grande fréquence de la folie chez les individus à yeux bleus. L'examen de plus de 600 sujets appartenant à des catégories différentes m'a fourni les résultats suivants :

Tableau de la proportion pour 100 *des quatre principales couleurs de l'iris chez les sujets sains, les aliénés, les idiots, les épileptiques, les hystériques.*

Couleur des yeux	Sujets sains	Aliénés	Idiots	Épileptiques	Hystériques
Bruns . .	65,9	64,8	58,6	55,8	41,1
Bleus . .	23,2	26,4	27,6	27,3	29,5
Verts. . .	7,8	5,5	6,9	8,8	8,8
Gris . . .	3,1	3,3	6,9	8,2	20,6

Ces chiffres ne justifient pas relativement aux yeux bleus l'impression qui résulte d'un examen superficiel. Il semble pourtant que les névropathes sont plus souvent des sujets à yeux clairs; cette relation paraît surtout évidente chez les hystériques qui, soit dit en passant, sont plus souvent atteints d'une autre forme de dégénérescence, l'arthritisme, plus fréquente chez les sujets blonds à yeux clairs.

Mais cette étude n'était pas le principal but de notre recherche.

Les auteurs qui se sont occupés de la coloration de l'iris au point de vue anthropologique ont signalé incidemment des *asymétries de couleur*; on a moins insisté sur les *asymétries de ton*.

L'aspect de l'iris peut être altéré par des modifications pathologiques de la cornée et surtout par les anciennes inflammations de l'iris. Mais en dehors de ces conditions morbides locales, il existe des asymétries chromatiques, dont il est important de connaître l'existence même au point de vue spécial du diagnostic des

(1) P. Broca. — *Instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant*, 2e éd., 1879.

© BIU Santé

affections oculaires (1). Ces asymétries de couleur sont très rares (2). Je ne nie pas qu'elles ne puissent se présenter chez des sujets actuellement sains, mais sur 120 sujets (vieilles femmes admises pour leur âge) on n'en rencontre aucun exemple, tandis que sur 496 autres sujets appartenant aux catégories des malades qui figurent dans le tableau, j'en ai vu 7 qui méritent d'être désignés au moins sommairement.

1° Une imbécile hémiparétique droite présente un iris droit brun, l'iris gauche est bleu clair; 2° une hystérique, avec hémianesthésie légère à droite, a l'iris droit bleu, le gauche gris ; 3° une hystérique avec hémianesthésie et céphalée permanente à droite, à l'iris droit bleu, le gauche gris clair ; 4° une épileptique partielle gauche avec parésie faciale du même côté, a l'iris gauche brun et l'iris droit bleu ; 5° une épileptique dont les attaques commencent à droite, a l'iris droit bleu, le gauche gris ; 6° une épileptique a l'iris droit gris et le gauche vert ; 7° une épileptique a l'iris droit gris et le gauche jaune.

Les cinq premiers faits nous montrent qu'en général l'iris est plus foncé du côté le plus affecté.

Les faits relatifs à l'asymétrie de ton sur lesquels l'attention s'est peu arrêtée jusqu'à présent sont beaucoup plus nombreux et concordent avec les précédents.

Chez les sujets qui n'ont jamais été affectés de troubles névropathiques, cette asymétrie de ton est rarement indiscutable ; je ne l'ai observée que deux fois, et elle n'est guère plus fréquente chez les aliénés sans asymétrie faciale (3 pour 100).

Dans d'autres catégories de malades, elle devient au contraire extrêmement fréquente ; ainsi sur 66 malades atteintes d'hémiatrophie ou d'hémiparalysie faciale congénitale ou infantile, avec ou sans épilepsie, j'ai trouvé 63 fois un ton plus foncé de l'iris du côté atrophié ou paralysé ; dans trois cas seulement, cet aspect de l'iris se présentait du côté opposé (dans un de ces cas il existe un nœvus fronto-palpébral du côté opposé à la paralysie). Dans 18 cas du même genre l'asymétrie de ton n'était pas évidente. En somme, dans 75 cas pour cent d'hémiatrophie ou d'hémiparésie faciale avec ou sans épilepsie, l'iris du côté correspondant offre un ton plus foncé. Dans bon nombre de ces cas, l'iris offre du même côté un diamètre moins considérable en rapport en général avec le plus petit volume de l'œil ; en même temps, la pupille est souvent plus petite. Cette étroitesse relative de l'orifice iridien se rencontre quelquefois dans les mêmes cas, bien que les deux iris paraissent de même diamètre.

Enfin, j'ai noté une douzaine de fois chez des épileptiques partiels congénitaux ou infantiles, et aussi chez des comitiaux vrais, une déviation de la pupille qui au lieu d'occuper le centre de l'iris se trouve en général portée en haut et dedans, de telle sorte que l'anneau iridien est moins large dans cette direction.

Sur 116 épileptiques avec des asymétries faciales plus ou moins nettes, 31 ont des asymétries de ton de l'iris, c'est-à-dire 26,7 pour 100 ; parmi ces 31 sujets, 10 ont une faiblesse très marquée du côté correspondant, 7 tombent de ce côté.

Sur ces 116 épileptiques, 11 ont de l'inégalité pupillaire et 5 une déviation de la pupille analogue à celle que nous avons signalée précédemment.

Sur 76 hystériques observés comme les autres malades dans les différents services et surtout aux consultations externes de la Salpêtrière, 62 offraient des asymétries de ton de l'iris ; chez 58, l'iris le plus foncé était du côté de l'anesthésie (c'est-à-dire sur 76, 3 0/0), chez les 4 autres il était plus foncé du côté opposé, où il existait une atrophie manifeste de la face. Un bon nombre présentent un rétrécissement pupillaire du côté de l'iris le plus foncé. Il faut noter, d'ailleurs, que chez beaucoup d'hystériques il existe une asymétrie faciale aux dépens de la moitié correspondante à l'hémianesthésie, ou encore un certain degré de parésie faciale, caractérisé par le moins de profondeur des plis faciaux de ce côté. Et il n'y a pas lieu d'être surpris de l'existence de cette parésie faciale, car on sait qu'il y a toujours de la diminution de la force musculaire des membres du côté de l'hémianesthésie (1).

Sur ces 76 hystériques, 5 portaient des cicatrices anciennes d'écrouelles exclusivement du côté anesthésique, et deux autres une coxalgie scrofuleuse guérie par ankylose du même côté.

Je n'ai jamais rencontré chez les hystériques la déviation de la pupille qui existe quelquefois chez les épileptiques et les idiots.

Un fait intéressant à remarquer, c'est que, chez les grandes hystériques, les asymétries chromatiques de l'iris sont exceptionnelles, tout comme chez les épileptiques vrais.

J'ai rencontré encore l'asymétrie chromatique de l'iris chez 4 choréiques qui présentaient, il est vrai, des stigmates hystériques ; et, dans trois cas de névralgie faciale rebelle, l'iris le plus coloré était du côté des autres troubles. Deux malades atteints de sciatique présentaient le même phénomène.

Chez les strabiques l'asymétrie chromatique est loin d'être rare, et elle méritera d'être étudiée en particulier.

L'asymétrie chromatique de l'iris constitue donc un stigmate extrêmement fréquent dans les névropathies à prédominance latérale. Elle m'a paru intéressante à signaler parce qu'elle peut guider dans la recherche d'autres symptômes, tels que hémiparésie, asymétrie faciale, hémianesthésie. Chez les hystériques en particulier qui présentent fréquemment des dysesthésies capables de tromper à un examen superficiel de la sensibilité, elle peut servir de guide pour reconnaître le côté le plus atteint par la maladie.

La déviation de la pupille qui se rencontre surtout chez les épileptiques et les idiots, en même temps que l'asymétrie chromatique paraît indiquer un trouble de développement précoce, et par conséquent vraisemblablement une lésion congénitale.

Quant à l'asymétrie des pupilles qui coexiste beau-

(1) Panas. — *Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil*, 1878, p. 5.

(2) Mantegazza. — *La physionomie et l'expression des sentiments*, p. 35.

(1) On a cru pendant longtemps que l'hémiplégie hystérique n'envahissait jamais la face ; mais on a dû revenir sur cette opinion.

© BIU Santé

coup plus souvent encore avec l'asymétrie chromatique, elle est d'autant plus importante à connaître que les affections qui se traduisent si souvent par une inégalité pupillaire, l'ataxie locomotrice et la paralysie générale, sont loin d'être rares chez les dégénérés asymétriques, et en particulier chez les hystériques. La coïncidence de l'asymétrie de coloration pourra guider le diagnostic.

Ce n'est pas seulement au point de vue du diagnostic que la connaissance du *stigmate iridien* peut être précieuse. Je l'ai déjà rencontré plusieurs fois chez des enfants d'hystériques. Chez eux, l'existence de ce signe doit faire rechercher avec soin tous les troubles qui peuvent se rattacher aux névropathies, et engager à prescrire une hygiène morale et physique particulièrement soignée. Si, en effet, le stigmate iridien manque un certain nombre de fois dans les névroses qui ont fait l'objet de notre recherche, il n'est pas moins vrai qu'il est exceptionnel chez les sujets réputés indemnes (1). Ch. Féré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 septembre 1886.— Présidence de M. Sappey.

M. Chauvel donne lecture d'une observation de résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe. En général, les suites opératoires de cette opération sont des plus simples et les résultats consécutifs supérieurs à ceux fournis par les autres procédés.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur le *surmenage intellectuel des jeunes filles*. Depuis vingt ans qu'il est chargé de donner ses soins aux jeunes filles de l'Ecole normale primaire supérieure du département de la Seine, il a pu faire, à cet égard, de nombreuses observations. Ces jeunes filles sont admises à l'Ecole depuis l'âge de quinze ans jusqu'à dix-huit; leur nombre est de 25, chaque année, sur 500 qui se présentent. Il résulte donc de ce fait que la préparation au concours nécessitant un labeur incessant et excessif, contribue puissamment aux accidents du surmenage, qui se montrent particulièrement dans les cours de la première année d'école ; ce sont tout d'abord les règles qui se suppriment, puis une déformation de la colonne vertébrale avec saillie de l'omoplate droite et enfin de la myopie. Il est vrai qu'au bout d'un an tous ces accidents s'améliorent par la contrainte où sont les élèves de faire de la gymnastique, et aussi par suite de l'hygiène excellente de l'établissement, en sorte que la troisième année d'étude est celle où l'on remarque le moins les accidents précités. M. Dujardin-Beaumetz conclut, conformément à M. Lagneau, qu'il y a nécessité pour les jeunes filles qui se livrent à l'enseignement, de multiplier les exercices de corps et de modifier, en la diminuant, l'étendue des programmes.

M. Lagneau a reçu, sur cette question de l'enseignement, des communications de toutes les parties de l'étranger et qui toutes viennent appuyer les idées que M. Beaumetz et lui ont émises. C'est ainsi que différents observateurs ont insisté sur la nocuité plus grande du surmenage chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons et sur la plus grande abondance de celles-là dans les asiles d'aliénés. Ces accidents du surmenage tiennent non seulement aux habitudes inhérentes à l'habitation des grandes villes, mais surtout à l'immobilité qu'on impose aux élèves dans les établissements universitaires. A cause de l'importance des programmes, nombre de professeurs astreignent leurs élèves à un travail trop prolongé et cela pour arriver à des examens qui, placés à la fin des études, ne donnent peut-être pas des résultats supérieurs à ceux que l'on pourrait obtenir par des examens mensuels qui permettraient au moins un développement simultané de l'esprit et du corps.

M. Rochard est d'avis de modifier largement les programmes et d'augmenter les récréations, mais pour cela il faudrait lutter contre la routine si puissante, comme on sait, dans notre pays. — Quant aux exercices du corps, M. Rochard voudrait qu'ils soient exécutés en liberté, sans réglementation ni heure fixe; il devrait en être de même pour les exercices intellectuels. On formerait des esprits plus allègres, plus libres et qui aborderaient avec plus d'avantages pour eux et la société, les grandes carrières administratives et les écoles du gouvernement.

Séance du 21 septembre. — Présidence de M. Sappey.

Après lecture de la correspondance aucune question n'étant inscrite à l'ordre du jour, l'Académie lève la séance.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 avril 1886. — Présidence de M. Cornil.

29. Cancer latent de l'estomac. — Péritonite chronique à forme ascitique. — Carcinome infiltré ; par A. Gombault, médecin des hôpitaux.

Femme de 60 ans, morte le 22 juillet 1883, à l'hôpital des Tournelles, dans le service du Dr Lacombe, suppléé par le Dr Gombault.

Les accidents auraient débuté quatre à cinq mois avant l'entrée à l'hôpital et avaient consisté en amaigrissement, perte des forces, développement progressif du ventre. Pas de vomissements. Pendant le séjour à l'hôpital, on pratiqua deux ponctions : l'une, le lendemain de l'entrée, donna issue à 9 litres de liquide; la seconde, faite quelques mois plus tard, à 7 litres. Le liquide était citrin, nullement coloré en rouge. A la suite de chaque ponction, M. Lacombe avait constaté, en même temps que le petit volume du foie, l'existence d'une tumeur au creux épigastrique. — Il avait fait, tout en formulant des réserves, le diagnostic de cancer de l'estomac.

Le 1er juillet 1883, je constatais tous les signes d'une ascite abondante; le liquide se déplaçait facilement; les anses intestinales formaient un paquet sonore à l'ombilic dans le décubitus dorsal. Maigreur extrême, ainsi qu'une faiblesse permettant à peine à la malade de s'asseoir dans son lit. Décoloration des téguments, mais pas de teinte jaune. Bientôt, diarrhée profuse s'accompagnant d'une diminution rapide de l'ascite. Muguet. Signes de bronchopneumonie. Mort le 22 juillet 1883.

Autopsie. — *Poumons*. Lésions très étendues de pneumonie lobulaire. Noyaux multiples d'hépatisation rouge, séparés par de grandes nappes de tissu splénisé. Nulle part de lésions tuberculeuses.

Cœur, pancréas, normaux. Dans la cavité abdominale, médiocre quantité de liquide citrin. Pas de flocons fibrineux dans ce liquide, pas de fausse membrane à la surface du péritoine. L'aspect du péritoine et des organes qu'il recouvre est très différent, suivant qu'on envisage les parties supérieures ou les parties inférieures de la cavité péritonéale. Dans le petit bassin, la séreuse est lisse, blanche, comme lavée; la cavité n'est nullement cloisonnée et les organes contenus, utérus et ses annexes, vessie, rectum, absolument sains. La masse de l'intestin grêle est à peu près complètement libre, les anses intestinales sont isolées les unes des autres, sans interposition d'exsudat fibrineux. Toutefois, le mésentère est manifestement épaissi et rétracté. Sur toute la longueur de l'intestin grêle la séreuse est marbrée de taches noires, constellée de lignes cicatricielles d'un blanc nacré, parsemées elles-mêmes de

(1) J'ai fait chez des hystériques quelques expériences de transfert dans lesquelles la coloration de l'iris ne s'est pas modifiée avec la sensibilité. Ce fait semble indiquer que l'asymétrie chromatique ne tient pas à un trouble dynamique de vascularisation, mais plutôt à une pigmentation prédominante du côté où la dégénérescence est le plus marquée.

© BIU Santé

granulations saillantes et dures. D'aspect fibreux, ces taches sont entremêlées de plaques d'arborisations vasculaires. A mesure que l'on monte vers la région sus-ombilicale, ces lésions s'accentuent. Le grand épiploon n'est représenté que par un bourrelet épais, dur et bosselé, débordant à peine le côlon transverse, et par des brides saillantes, épaisses, laissant entre elles des logettes parsemées de granulations fibreuses et rayonnant de la grande courbure de l'estomac vers le côlon transverse. Les organes contenus dans cette portion sus-ombilicale du péritoine : foie, rate, estomac, côlon transverse, solidement unis par des adhérences fibreuses, forment une masse unique et sont complètement masqués par l'épaississement général de la séreuse, en sorte qu'il est impossible, sans dissection préalable, de les distinguer les uns des autres. Cette péritonite fibreuse sus-ombilicale pousse un prolongement dans le flanc droit, englobant et masquant en partie le côlon ascendant, le cœcum et les portions voisines de l'intestin grêle.

Un examen plus détaillé montre les particularités suivantes : le mésentère est épaissi, dur, gris à la surface et marbré d'arborisations vasculaires de coloration rouge vineux. Cet épaississement est surtout prononcé vers son insertion inférieure. L'intestin grêle n'est pas atteint partout de la même façon. A part l'épaississement du péritoine, il est normal dans une grande étendue. Toutefois, la rétraction du mésentère a produit une sorte de froncement, surtout marqué au niveau du bord adhérent, et rendant beaucoup plus saillantes les valvules conniventes. Dans sa partie inférieure, cet intestin est manifestement épaissi et son calibre diminué au point de ne plus pouvoir admettre que le petit doigt. Même à ce niveau, la muqueuse est partout intacte, l'épaississement ne porte manifestement que sur les tuniques externes. On doit en dire autant du cœcum et des côlons, dont les parois sont épaisses, dures et rigides, mais dont la muqueuse est normale. L'S iliaque et le rectum ont paru tout à fait sains. L'appendice iléo-cœcal est gros comme le petit doigt, dur, rigide et adhérent sur la face antérieure du cœcum. Il ne mesure guère plus de 2 c. 1/2 de longueur.

L'*estomac* est tout petit. En le mesurant extérieurement, on compte 16 cent. du grand cul-de-sac jusqu'au niveau de l'anneau pylorique. La face antérieure a 7 c. 1/2 de hauteur. Après l'avoir ouvert en suivant la petite courbure et l'avoir étalé, on compte en mesurant sur la face interne 12 cent. de largeur totale. C'est à peu près le même chiffre qu'on obtient en ouvrant et en mesurant par le même procédé un côlon transverse normal. Les parois stomacales sont fortement épaissies d'une façon générale, mais l'épaississement est beaucoup plus considérable au niveau de la petite courbure et va en diminuant de cette petite courbure vers la grande. En suivant la petite courbure, l'épaisseur est au maximum au voisinage du cardia, puis va en diminuant à mesure qu'on s'approche du pylore. Elle est de 12 mm. au voisinage du cardia, de 6 à 7 mm. au niveau du pylore.

C'est la tunique musculeuse, très facile à reconnaître, qui partout prend la plus grande part à l'épaississement de la paroi stomacale. La muqueuse est bien conservée et forme des replis très saillants et sinueux, séparés par des sillons profonds sur la plus grande partie de la face interne. Elle manque au contraire totalement tout le long de la petite courbure, et à ce niveau les fibres de la musculeuse sont à nu et facilement reconnaissables. Cette ulcération commence au cardia, s'arrête à 2 cent. environ du pylore et empiète sur les deux faces de l'estomac, beaucoup plus toutefois sur la face postérieure, où elle mesure 2 c. 1/2 environ. Il en résulte une grande ulcération ovalaire à grand diamètre parallèle à la petite courbure. Le fond de cette ulcération est de couleur grise et présente çà et là quelques mamelons, toujours très peu élevés, et surtout les stries formées par les faisceaux de la musculeuse. Elle ne possède, à proprement parler, pas de bords; les plis de la muqueuse, très élevés et très larges sur le reste du viscère, s'amincissent et s'abaissent progressivement pour mourir sur son pourtour à des niveaux divers.

Le foie est coiffé à sa face supérieure par le diaphragme, qui lui adhère au moyen de brides fibreuses extrêmement nombreuses et épaisses. L'épiploon gastro-hépatique est formé par du tissu fibreux assez lâche. Le canal cholédoque est très dilaté, ses parois sont minces, la muqueuse est colorée en jaune. La sonde cannelée le parcourt facilement dans toute son étendue. Incisé et étalé, il mesure 3 cent. à sa partie moyenne, 1 cent. au niveau de l'ampoule de Vater. Le tronc de la veine porte a des parois souples et minces. Incisé et étalé, il mesure 3 c. 1/2. La grande mésaraïque est libre et peut être suivie très loin dans l'épaisseur du mésentère. Le tissu conjonctif du hile du foie est manifestement épaissi. Le sinus de la veine porte, certainement très rétréci, admettant tout au plus le petit doigt, plonge par ses deux branches de bifurcation dans un tissu très dense et jaune. Le hile est un peu déformé, plus profond que d'habitude ; il est occupé par un tissu conjonctif dense. Des brides fibreuses, rondes et épaisses, vont du pourtour de l'excavation se jeter sur les branches de la veine porte, sur la vésicule biliaire dont les parois sont épaissies mais la muqueuse saine, enfin sur le lobule de Spigel. Le foie est de tout petit volume, son tissu est brun et flasque. Les travées fibreuses du hile ne pénètrent pas dans sa profondeur.

La rate est petite, fibreuse; sa capsule est épaissie, de consistance cartilagineuse. L'organe est encapuchonné et complètement caché par l'épaississement du péritoine, dont les brides le maintiennent solidement fixé à la grosse tubérosité de l'estomac d'une part, et d'autre part à la face inférieure du diaphragme.

Un certain nombre de ganglions lymphatiques se rencontrent principalement au voisinage de l'estomac, le long de la petite courbure, près du hile du foie, ou encore en arrière du péritoine, le long de l'aorte. Ils présentent tous à peu près les mêmes caractères; ils sont médiocrement volumineux, de la grosseur d'un pois ou d'un haricot. Pigmentés ou gris, très durs, ils ne donnent pas de suc à la coupe. Les reins ne présentent rien d'anormal; leur tissu est seulement un peu pâle. Pas de noyaux néoplasiques dans les os de la colonne vertébrale, non plus que dans les glandes mammaires.

Examen histologique. — Les coupes portant sur la totalité de la paroi de l'estomac, au niveau des points les plus malades, montrent une hypertrophie considérable de la tunique musculeuse et un épaississement des couches conjonctives sous-péritonéale et sous-muqueuse. On suit du reste facilement, sur les coupes convenablement orientées, la disparition progressive de la muqueuse et de la sous-muqueuse, mettant à nu la tunique musculeuse, entamée elle-même par l'ulcération jusqu'à une profondeur qui varie suivant les points, mais n'est jamais très considérable. Cette disparition des différentes couches de la paroi stomacale s'effectue par une sorte de destruction moléculaire et ne s'accompagne d'aucune trace de réaction inflammatoire. Des tractus conjonctifs épais séparent les faisceaux musculaires et relient l'une et l'autre les deux couches fibreuses sous-muqueuse et sous-péritonéale.

Toutes les travées conjonctives sont infiltrées d'un nombre considérable de cellules généralement petites, disposées sous forme de traînées ou de nodules et très difficiles à chasser par le pinceau. Cependant, sur certains points les cellules, beaucoup plus volumineuses, sont manifestement contenues dans des alvéoles de tissu conjonctif, et la nature néoplasique de l'infiltration est de toute évidence. Du reste, par places, les amas cancéreux subissent la transformation colloïde. Il s'agit donc bien certainement d'un carcinome infiltré de l'estomac. Il est beaucoup plus difficile de reconnaître la nature néoplasique de la lésion au niveau des autres parties altérées. C'est ainsi que les ganglions examinés ont tous été trouvés atteints d'inflammation chronique avec sclérose, mais ne contiennent nulle part de carcinome reconnaissable. Il en est de même pour les brides et pour les granulations du péritoine, qui sont

© BIU Santé

toutes formées soit de tissu fibreux tout à fait pur, soit de petites cellules rondes non contenues dans des alvéoles.

30. M. Camescasse présente au nom de M. Hautecœur un cervelet dont une amygdale hypertrophiée offre l'aspect d'une petite tumeur. C'est en petit la même lésion que celle qu'il a précédemment présentée à la Société; il n'a trouvé mention de ces tumeurs cérébelleuses nulle part, et cependant c'est le troisième cas, depuis deux semaines, que M. Cornil trouve dans les autopsies faites à l'Hôtel-Dieu.

M. Cornil fait observer que ce n'est pas une véritable tumeur, mais une modification de forme, une augmentation de volume unilatérale de quelques circonvolutions cérébelleuses.

31. M. Tuffier présente un *kyste du poignet* partant d'une fissure du ligament antérieur de l'articulation, et remontant à quelques centimètres le long de l'artère radiale, dans sa gaine, faisant corps avec sa paroi. Plusieurs cas analogues ont déjà été rapportés, dont un par M. Chaput et on doit en déduire quelques conséquences : d'abord l'extirpation des kystes de ce genre peut amener des hémorrhagies, comme on en a rapporté des cas en Allemagne; ensuite, si l'artère est athéromateuse, l'écrasement de ces ganglions, faisant corps avec les parois vasculaires, peut amener la rupture de cette artère.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

I. Les Elatérides lumineux. — Contribution à l'étude de la production de la lumière par les êtres vivants; par le Dr Raphael Dubois, docteur ès sciences. — Meulan, imprimerie de la Société zoologique de France. 1 vol. 275 pages avec planches et figures.

II. La digestion stomacale; par A. Herzen. — Paris, J.-B. Baillère et fils. — 1 vol. 115 pages.

III. Recherches sur les propriétés physiologiques du maltose; par Em. Bourquelot, in *Journ. Anat. et Physiol.*, 1886.

IV. De l'introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine par l'influence de l'électricité; par A. Laurent, Montpellier.

V. Etude expérimentale sur la phonation par; le Dr M. Lermoyez. — Paris, O. Doin. — 1 vol. 197 pages avec 15 figures.

VI. Recherches sur les nerfs sensibles; par Hallsten. — **Injection intra-veineuse de Mucédinées**; par Olsen et Gade (*Nordiskt Medicinskt Arkiv.*, 1886, Stockholm.)

I. Nos pauvres vers luisants, si humbles et si timides, nous donnent une idée bien faible de l'intensité et de l'éclat que peut atteindre la production de la lumière chez les êtres vivants. A côté d'eux, dans cette même classe des Insectes, se rencontrent des individus dont le pouvoir éclairant est des plus considérables; ils appartiennent presque tous à la tribu des Elaterides et ils habitent les forêts de l'Amérique et de l'Océanie. Sur des sujets qu'il a reçus de la Guadeloupe et qu'il a observés à toutes les phases de leur existence, M. R. Dubois a pu étudier minutieusement les manifestations lumineuses de ces insectes. Il vient de publier les résultats de ses recherches dans un travail qui lui fait le plus grand honneur. Pour mener à bien une étude qui, jusqu'ici, avait été poursuivie sans grand succès, il fallait être tout à la fois anatomiste et physiologiste, physicien habile et chimiste exercé; M. R. Dubois a le bonheur de réunir ces diverses qualités: aussi, il a pu réussir là où les autres s'étaient arrêtés impuissants.

Ce qui frappe tout d'abord dans les résultats auxquels est arrivé M. Dubois, c'est le bilan qu'il établit entre la lumière produite et la dépense faite par l'insecte. Les foyers lumineux des Elaterides offrent en effet une supériorité prodigieuse sur tous ceux qui nous sont connus. La dépense organique est presque insignifiante par rapport à l'effet obtenu; la perte d'énergie est très faible, contrairement à celle qui se produit dans nos foyers de lumière artificielle, où elle atteint souvent 98 0/0. Quelles sont donc les causes de cette admirable économie? C'est que la lumière des insectes est très pauvre en rayons chimiques et très riche en rayons de longueur d'onde moyenne, c'est-à-dire en rayons doués du maximum d'intensité éclairante. Les rayons chimiques existent cependant, et ils ont pu être décelés par la photographie. Le portrait de Claude Bernard, qui illustre l'ouvrage de M. Dubois, a été en effet obtenu avec la lumière d'un Elateride. D'autre part, il existe dans le sang de ces animaux une substance fluorescente qui donne, en pénétrant dans l'organe lumineux, l'éclat si spécial à la lumière qui en émane.

Chez l'insecte parfait qui a été étudié par M. Dubois, les foyers lumineux, au nombre de trois, sont placés de façon à favoriser la marche, la natation et le vol dans l'obscurité. Ils sont composés d'un tissu adipeux spécial au sein duquel s'effectuent des phénomènes d'histolyse intense, provoqués ou activés par la pénétration du sang dans l'organe lumineux. Ce processus histolytique aboutit à la formation, dans la cellule photogène, d'une quantité de petits conglomérats cristallins biréfringents. L'intervention du sang n'est pas indispensable à l'accomplissement du phénomène lumineux, car l'œuf est luisant, même avant la segmentation, et la cellule photogène isolée jouit de la même propriété. Mais, s'il n'est pas nécessaire, l'apport du sang détermine les variations dans l'activité de l'appareil; c'est en réglant cet apport que les nerfs et les muscles interviennent dans la production plus ou moins intense de la lumière. Quand la structure et la vitalité de l'élément anatomique ont été détruites, le pouvoir éclairant se manifeste encore par une action physico-chimique de même ordre que celle qui transforme le glycogène en sucre dans l'élément hépatique.

C'est donc, en définitive, aux actes physico-chimiques des principes photogènes accumulés dans la cellule par la nutrition que M. Dubois ramène la production de la lumière de ces insectes. Il est assurément difficile d'aller plus loin dans l'analyse d'un phénomène physiologique aussi compliqué.

II. La théorie des peptogènes nous ramène encore à l'étude des actions chimiques qui se passent chez les êtres vivants. Pendant les premières heures qui suivent l'accomplissement d'une digestion copieuse, l'estomac fournit un suc qui peut être *acide*, mais qui n'est pas *peptique*; la provision de pepsine de la muqueuse gastrique a été consommée et le sang manque, apparemment, pendant plusieurs heures, des matériaux nécessaires pour la production de nouvelle pepsine. Mais la muqueuse stomacale recommence bientôt à fournir de nouveau de la pepsine, lorsque certaines substances *peptogènes* pénètrent par absorption ou par injection dans le sang, pourvu que ces substances ne passent pas par les lymphatiques intestinaux. Il paraît donc que ce sont les peptogènes qui fournissent au sang les matériaux dont les glandules peptiques élaborent la pepsine.

C'est en ces termes que peut se formuler la fameuse théorie émise par Schiff, il y a vingt ans, et soumise depuis cette époque à des critiques incessantes. Cette théorie, acceptée difficilement en France, a été du reste modifiée par les travaux de l'Ecole de Breslau; d'après Heidenhain, Grützner et Ebstein, les cellules glandulaires de l'estomac ne forment pas directement la pepsine elle-même, mais un corps qui, dans certaines conditions, se transforme en pepsine; ce corps a reçu le nom de *pepsinogène*. Tandis que la sécrétion de pepsine est intermittente, la production de propepsine est continue.

Toutes ces recherches sur la digestion gastrique sont clairement résumées dans le petit livre que publie M. Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne et ancien assistant de Schiff. Mais ce qui fait le principal mérite de cet ouvrage, ce sont les observations personnelles que l'auteur apporte comme confirmation des anciennes expériences. M. Herzen a eu à sa disposition un homme auquel la gastrotomie avait été pratiquée pour un rétrécissement non cancéreux de l'œsophage; le malade s'était rapidement remis des suites de l'opération, et bientôt il fut

© BIU Santé

possible d'étudier la marche de la digestion dans l'intérieur de son estomac. L'efficacité des peptogènes ne s'est jamais démentie; sous leur influence, la même quantité d'albumine introduite dans l'estomac a été digérée en moins de temps, ou bien, dans le même temps, une plus grande quantité d'albumine a été digérée.

Ces nouvelles expériences ont permis à M. Herzen d'indiquer le régime auquel doivent être soumis les fébricitants et les dyspeptiques. La partie de son livre qui traite des applications de la théorie des peptogènes et de l'importance du repas préparatoire, est des plus instructives pour le clinicien. L'ouvrage tout entier est, du reste, d'une lecture très facile et très agréable.

III. Si la transformation des matières albuminoïdes en peptones ne nous est pas complètement connue, la digestion des aliments sucrés offre, elle aussi, encore plus d'un problème à résoudre. La théorie d'après laquelle la diastase, en agissant sur l'empois d'amidon, donne naissance à du glucose, n'est déjà plus vraie aujourd'hui; on sait à présent que la matière sucrée ainsi obtenue possède un pouvoir rotatoire trois fois plus grand que le glucose ordinaire. Ce nouveau sucre, auquel on a donné le nom de *maltose*, était assez inconnu des physiologistes avant les belles recherches que lui a consacrées M. Bourquelot. Et d'abord, le maltose n'est pas un glucose, c'est un saccharose; il est dédoublé dans l'intestin par un ferment soluble, sans intervention de micro-organismes. Injecté dans le sang, le maltose est consommé comme le glucose; s'il a été injecté en excès, on le retrouve dans l'urine sans trace sensible de sucre de canne. Il est probable qu'une partie du maltose formé dans la digestion passe directement dans le sang, puisqu'il est manifestement assimilable. Quant à savoir s'il est utilisé dans l'organisme à l'état de maltose ou s'il est auparavant dédoublé en glucose, la question est encore indécise; il faudra toute la précision que M. Bourquelot apporte dans ses travaux pour fixer ce point important de physiologie.

IV. Le travail de M. Lauret a pour but, lui aussi, de débrouiller une des questions les plus obscures de la physiologie, celle de l'absorption par la peau. L'auteur a eu surtout en vue l'*introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine, sous l'influence de l'électricité*. Mais, en même temps, il a fait une étude complète des théories émises sur l'absorption cutanée. Les expériences exécutées par M. Lauret montrent que, pour un certain nombre de substances (iodures, bromures, etc.), la pénétration par la peau, sous l'influence du courant, est un fait indiscutable. Mais les doses absorbées sont très faibles et ne peuvent être considérées comme thérapeutiques dans les circonstances ordinaires. Ces conclusions, que M. Lauret rapporte en manifestant quelque déception, sont légitimées par des expériences nombreuses et ingénieuses.

V. S'il est une question qui réclame de l'ingéniosité dans l'expérimentation, c'est assurément celle de la formation de la voix.

Les moyens d'étude pour comprendre le mécanisme de la phonation peuvent reconnaître quatre origines : l'homme vivant, l'animal, le larynx artificiel, le cadavre. Il semble tout d'abord que le premier de ces procédés doit donner les résultats les plus intéressants; mais l'examen sur l'homme vivant n'étant possible qu'au laryngoscope, constitue une méthode peu précise et peu exacte. La vivisection, chez le chien, permet d'obtenir seulement certains sons; il est impossible de faire exécuter une gamme complète à un animal. Les larynx artificiels sont d'excellents instruments de démonstration, mais ils ne peuvent être utilisés pour des recherches. Reste donc l'étude sur le cadavre; c'est elle que M. Lermoyez a préférée, et c'est grâce à l'emploi de larynx détachés qu'il a pu obtenir des résultats très curieux sur la formation de la voix et du chant.

Le larynx étant bien séparé de toutes les parties molles, la trachée est intimement fixée à un tube de caoutchouc de même calibre qu'elle; l'expérimentateur adapte à ce tube une embouchure dans laquelle il souffle directement. Il conserve ainsi aux poumons leur hygrométrie normale et il met en mouvement le larynx du cadavre au moyen de poumons humains. M. Lermoyez croit ainsi réaliser les conditions expérimentales les plus indispensables; nous pensons néanmoins qu'un pareil procédé, tout en donnant des résultats fort curieux, est loin d'être à l'abri de tout reproche. Quoi qu'il en soit, voici quelques-unes des conclusions de l'auteur.

Le mécanisme de l'élévation et de l'abaissement de la voix réside presque uniquement dans la tension ou le relâchement des cordes vocales, la longueur de ces cordes ne jouant ici aucun rôle. Les variations de diamètre de l'ouverture de la glotte influent sur le timbre, mais non sur la hauteur de la voix. La béance de la glotte inter-aryténoïdienne produit constamment l'aphonie. Le crico-thyroïdien est le seul muscle tenseur des cordes vocales; le thyro-aryténoïdien interne, en se contractant, relâche les cordes vocales ligamenteuses et exerce sur celles-ci une pression latérale qui assure le maintien de la voix de poitrine. Il y a donc dans le larynx accommodé à la phonation, antagonisme et lutte vocale perpétuelle entre les tenseurs et les relâcheurs des cordes vocales; l'intonation normale résulte de l'équilibre qui s'établit entre ces deux forces opposées. Le son vocal est dû aux vibrations primitivement sonores des cordes et non aux vibrations de l'air. Dans la *voix de poitrine*, les couches fibreuse et muqueuse vibrent ensemble; le muscle thyro-aryténoïdien reste contracté, la fente glottique est presque nulle; il y a forte pression, mais faible dépense d'air. Dans la *voix de fausset*, la muqueuse vocale vibre seule; le muscle thyro-aryténoïdien est relâché, la glotte demeure elliptique et béante; la dépense d'air expiré est forte, mais sa pression est faible. Le muscle thyro-aryténoïdien interne est le muscle de la voix de poitrine, les différences de hauteur des deux registres sont dues aux différences de nature, et non point aux différences de longueur des anches vocales.

VI. Les *Archives de Médecine du Nord*, qui se publient à Stockholm, contiennent, pour 1886, plusieurs travaux originaux d'un grand intérêt. La langue suédoise n'étant pas très répandue dans le monde scientifique, les éditeurs font suivre chaque volume d'une analyse en langue française de tous les mémoires insérés. Grâce à cette mesure, qui flatte agréablement notre patriotisme, les recherches des savants de Stockholm, de Christiania, d'Helsingfors, de Köbenhavn, nous sont aussi rapidement connues que celles de nos compatriotes. Bien que la plupart des travaux rapportés dans les archives de 1886 aient trait à des questions de pathologie et de thérapeutique dont l'analyse fera l'objet d'une autre revue, nous avons à relever une importante publication de physiologie de Hallsten sur les *Nerfs sensibles et les appareils réflexes de la moelle épinière*. On sait que les irritants mécaniques, électriques et thermiques provoquent des états différents d'excitation, quand ils excitent le même tronc nerveux ou quand ils agissent sur les appareils périphériques de la peau. Or, d'après Hällsten, ces excitations rencontreraient dans la moelle épinière de plus grands obstacles à la propagation dans le sens transversal que dans le sens longitudinal; d'autre part, la nature qualitative de l'excitation se modifierait dans sa propagation par la moelle épinière.

Un autre mémoire, dû à MM. *Olsen* et *Gade*, donne les résultats d'expériences faites sur une nouvelle mucédinée, l'*aspergillus subfuscus*, dont on injectait les spores dans les veines de différents animaux. La quantité de spores ainsi injectées était déterminée au moyen de l'appareil Hayem-Nachet; le nombre variait entre 810 et 43 millions. Les auteurs ont vu que, dans ces conditions, il existe une proportion assez exacte entre la quantité de spores injectées et la rapidité de la mort. Les phénomènes pathologiques consistent en une difficulté de la locomotion, en mouvements giratoires se terminant par le coma, etc. Les principaux points de localisation du champignon siégeaient

© BIU Santé

dans les organes les plus oxygénés et dans ceux qui produisent des acides, dans les reins, les poumons, le cœur, etc.; plusieurs fois le mycelium fut constaté dans les canaux semi-circulaires de l'oreille.

Citons encore, dans les mêmes Archives, des documents intéressants recueillis par JURGENSEN sur la *Répartition des substances alimentaires à chaque repas*, et un travail de CHRISTENSEN sur le *Dosage de l'urée*.

Paul LOYE.

CORRESPONDANCE

Correspondance des îles Shetland.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Ayant visité les îles Shetland, j'ai recueilli quelques notes sur certains points intéressant la médecine, et je vous les envoie.

Comme dans toute l'Angleterre, les registres municipaux relatifs aux naissances, décès, etc., sont tenus aux îles Shetland avec un ordre parfait. Même dans de petits villages ces registres existent, contrôlés tous les mois par l'employé de l'état civil et par le médecin. Chaque mairie possède quatre registres: l'un est destiné aux naissances, l'autre aux décès, un troisième aux mariages; le quatrième renferme les vaccinations. Ce dernier indique le nom et l'âge de l'enfant vacciné, le nom et le domicile des parents, le nom de l'enfant qui a fourni le vaccin; et le résultat de la vaccination. On peut ainsi remonter facilement à la source et trouver l'origine du vaccin. La *vaccination* est *obligatoire*, et elle se fait de bras à bras; le vaccin de génisse n'est pas employé. Depuis plusieurs années, il n'y a plus eu de cas de variole, fréquente avant que la vaccination ne fût obligatoire. Grâce à l'excellente tenue de tous ces registres, il est possible de se procurer des renseignements exacts sur ces différentes questions.

Dans les îles Shetland situées entre les Orcades et l'Islande, le climat est rigoureux, et les ressources alimentaires sont minimes. De plus les habitants suivent une déplorable hygiène : ils vivent dans des chaumières peu élevées; les murs sont très épais à cause du vent qui, dans ces régions, a une intensité telle qu'on est obligé de donner aux murs une épaisseur de 0m, 80 centimètres à 1 mètre. Chaque chaumière n'a en général qu'une seule fenêtre de 0,10 centimètres carrés. La cheminée consiste en un orifice pratiqué dans le toit, qui permet à la fumée de s'échapper incomplétement, de telle sorte que l'intérieur de ces habitations est rempli d'une fumée épaisse entretenue par un feu de tourbe. Il n'y a pas de plancher; le sol légèrement battu en fait office. A la partie supérieure de la chambre sont suspendus des poissons que la fumée se charge de conserver pour l'hiver. Dans la même pièce couchent parents, enfants et poules. Dans quelques chaumières très pauvres il n'y a pas d'étable, et les habitants vivent dans la même pièce que les bestiaux.

Cette réunion d'hommes et d'animaux, la disposition de la chaumière, son aération défectueuse rendent le séjour de ces chaumières très pénible pour celui qui y pénètre pour la première fois.

Les habitants se nourrissent principalement d'orge, de poissons frais ou fumés; ils n'ont ni fruits, ni légumes, et mangent de temps en temps du mouton. Le pain ne joue pas un grand rôle dans leur alimentation. Ils boivent de l'eau ou du thé, très rarement de la bière ou de l'alcool. Bien entendu je ne parle pas des centres importants : je ne parle que des villages situés soit dans l'intérieur des terres, soit sur la côte en des endroits où il n'existe pas de port, et par conséquent pas de commerce. Malgré cette mauvaise hygiène, la durée de la vie est longue; à Walls, par exemple (1166 habitants), la mortalité a été : En 1879 de 22 ; en 1884 de 21 ; en 1885 de 17. — En 1879 sur 22 décès il n'y en a que 4 au-dessous de 20 ans : 1 (10 jours), atrepsie ; 1 (12 ans), tuberculose; 1 (17 ans), tuberculose ; 1 (20 ans), fièvre typhoïde. Il y a 12 individus morts âgés de plus de 70 ans : 94 ans, 92, 81, 84, 80, 90, 87, 74, 75, 79, 93, 79. Ils portent le diagnostic *vieillesse*, *apoplexie* ou *bronchite*.

En 1884 il y a 21 décès, dont 13 au-dessus de 79 ans : 72 ans, 88, 85, 86, 74, 78, 91, 97, 75, 71, 73. Sur ces 13 décès, 11 portent le diagnostic de *vieillesse*. — Un garçon est mort de fièvre typhoïde à 19 ans, un autre à 23 ans de la même maladie, un à 23 ans de tuberculose pulmonaire, — De 23 ans nous arrivons à 55 ans (pneumonie), 59 ans (rhumatisme), 59 ans (débilité ?) 66 ans (cancer de l'estomac) et 67 ans (débilité).

En 1885, 17 décès, dont 10 au-dessous de 69 ans : 69, 69, 78, 79, 84, 78, 85, 74, 71, 69, 77, (6 portent le diagnostic de *sénilité*). Il y eut, cette année-là, deux morts au-dessous de 20 ans : un enfant qui vécut 30 minutes, et une jeune fille morte à 16 ans de tuberculose

Ainsi en 3 ans il y a eu 60 décès. Sur ces 60 décès nous ne trouvons que 6 décès au-dessous de 20 ans et 35 décès au-dessus de 69 ans. L'*alcoolisme* est très rare. La *blennorrhagie* et la *syphilis* sont inconnues à Walls : on cite un seul cas de syphilis tertiaire chez un matelot qui avait vécu longtemps dans les colonies. Nous voyons que la mortalité du jeune âge est insignifiante : en 3 ans nous n'avons trouvé que 6 décès au-dessous de 20 ans (un enfant de 10 jours, un enfant ayant vécu 30 minutes, un enfant de 12 ans, un de 16, un de 17 et un de 19).

La mortalité du premier âge serait, d'après Lombard (de Genève) (climat-médi) sujette à de grandes erreurs, par suite de l'incertitude qui règne sur le nombre des naissances. La loi qui oblige à enregistrer les naissances n'impose aucune pénalité aux parents négligents. M. J. Bertillon a bien voulu nous dire que la loi anglaise n'était pas modifiée et que les causes d'erreur devaient être assez nombreuses. Bien que cette déclaration ne soit pas obligatoire nous avons appris que dans le district de Walls, ces déclarations se faisaient avec une grande régularité. En consultant les registres de trois années nous n'avons pas trouvé de mort-nés. Sur 1166 habitants il y a eu 22 naissances en 1885 ; pas un enfant n'est mort. Les accouchements sont généralement faciles, et sont pratiqués par des matrones. Le médecin intervient rarement.

Le nombre des enfants dans les familles est considérable; on trouve généralement dans chaque famille de 7 à 13 enfants. Comme la mortalité dans le bas-âge est minime, il semblerait que la population dût s'accroître beaucoup. Cependant elle augmente peu. Cela tient à l'émigration qui est considérable: les jeunes gens et les jeunes filles partent aux Etats-Unis et dans la Nouvelle Zélande.

Nous avons recueilli des renseignements dans une autre île, l'île de Foula, située à l'ouest du groupe principal des Shetland. L'île de Foula a 267 habitants. On n'observe que 3 décès en moyenne par an. Les vieillards y sont en grand nombre, et la santé publique y est excellente. La tuberculose y était inconnue. Mais pendant notre séjour dans l'île, nous avons eu l'occasion d'examiner une jeune fille anémique qui toussait depuis quelques mois: cette malade était atteinte de tuberculose pulmonaire. Cette tuberculose, éclatant dans une île peu visitée, jusqu'alors indemne, qui ne fait pas de commerce, qui ne possède même pas de port capable de recevoir un navire paraissait inexplicable. Mais nous avons appris que cette jeune fille avait travaillé quelques mois dans un atelier de couture à la ville. Elle était revenue à Foula, anémique et toussant. Elle avait gagné la tuberculose dans un grand centre, et on pouvait ainsi, grâce aux renseignements donnés, trouver le point de départ de cette tuberculose. Il est probable que dans quelques années on observera, dans cette île, d'autres cas de tuberculose provenant de la tuberculose de cette première malade. En effet, le genre d'habitation, l'aération défectueuse, la mauvaise hygiène propageront certainement le bacille.

A l'île de Foula les habitants se marient entre eux, et presque tous les mariages sont consanguins. Cette consanguinité n'empêche pas les naissances d'atteindre un chiffre assez considérable, puisqu'il y a une moyenne de 4 enfants par ménage.

MARTHA.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Würzburg.* — M. OBERST, professeur extraordinaire à Halle, est nommé professeur ordinaire de chirurgie. — *Faculté de médecine de Klausenbourg.* — Les Drs Johann BENES et Emmanuel GOTH, ont été nommés privat-Docent, l'un de pansements et l'autre de gynécologie.

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

Affections spasmodiques et médicaments antispasmodiques.

Un courant nouveau entraine les esprits à ne voir dans les manifestations nerveuses désignées autrefois par les noms d'états spasmodiques, et aujourd'hui de neurasthésie, névropathie, etc., que des conséquences le plus souvent directes et non pas seulement par voie de réflexe de désordres intimes de la nutrition.

Des trois foyers d'aura admis par Trousseau (digestif, thoracique et génital), il n'en resterait plus qu'un seul qui siégerait dans l'appareil digestif, avec le caractère de cause essentielle ou première. .

Quoi qu'il en soit, pour ma part, je ne rencontre plus aucun de ces cas de nervosisme que nous avions coutume de rapporter à la petite hystérie, sans trouver en même temps, comme substratum constant, un appareil digestif ou des fonctions de nutrition en mauvais état. Si l'on gratte un nerveux, on trouve au-dessous, invariablement, un gastropathe. Quelquefois, il est vrai, je n'aperçois pas le lien qui rattache les expressions nerveuses au foyer d'origine ; mais, dans tous les cas, je note la coïncidence.

Depuis un an, je donnais des soins à une jeune fille qui présentait, avec une régularité parfaite, des accidents douloureux à l'époque des règles. Jusqu'au moment de l'apparition des premières gouttes de sang, elle souffrait peu; mais sitôt que l'écoulement s'accentuait, dès la fin du premier jour ou le commencement du second, elle était prise de coliques violentes, accompagnées de vomissements et de syncopes. En dehors de ces crises périodiques, cette jeune fille a présenté et présente encore habituellement des phénomènes dyspeptiques très accusés. A certaines époques, elle a eu des vomissements alimentaires qui se répétaient durant plusieurs semaines. A l'ordinaire, elle accuse des aigreurs, des brûlures, de la constipation. Maintes fois, chez elle, j'ai constaté le clapotage stomacal à des heures très éloignées des repas. Elle est aussi sujette à la migraine. Ces symptômes se sont amendés graduellement, grâce à un régime bien réglé et à des médications appropriées. Mais la dysménorrhée persistait avec une régularité décourageante.

L'apiol, le valérianate d'ammoniaque et d'autres moyens n'ayant donné aucun résultat, je me suis reporté à ce groupe de médicaments qui portent le nom classique d'antispasmodiques.

Mais par lequel commencer ?

Trousseau a bien tracé des divisions et enseigné dans quels cas l'éther, dans quels autres la valériane ou l'assa-fœtida ou le castoreum sont plus particulièrement indiqués.

Mais ces règles sont très élastiques : de même que les accidents auxquels on les oppose, les médicaments antispasmodiques ont entre eux des affinités étroites. Leur manière d'influencer le système nerveux est sans doute assez semblable, pour permettre de les substituer les uns aux autres, dans des cas où il est impossible de préciser à l'avance auquel il faut s'adresser d'abord. Aussi Trousseau est-il amené à donner le conseil « de ne pas abandonner ces médicaments lorsque l'un d'eux ne remplit pas le but qu'on se proposait. L'éther ne réussit pas, donnez la valériane; celle-ci échoue, recourez à l'assa-fœtida, et ainsi de suite. »

Dans un autre passage, le même auteur enseigne à pratiquer l'association de deux ou de plusieurs de ces agents.

Sur ces données et tenant compte des symptômes présentés par la malade, vomissements, syncopes, coliques douloureuses, migraines, je conseillai de prendre pendant trois jours consécutifs avant l'époque présumée des règles, deux perles de valériane et deux perles d'éther de Clertun, trois fois par jour, aux repas.

L'essai a été continué pendant trois mois consécutifs, et, pendant ces trois mois, cette dysménorrhée extrêmement douloureuse, qui se reproduisait invariablement depuis des années à chaque période menstruelle, a fait place au calme le plus complet. Le quatrième mois, les désordres se sont reproduits, mais avec cette particularité bien significative, que, les règles ayant avancé de plusieurs jours, la malade n'avait pu pratiquer la médication préventive.

Maintes fois, nous avons conseillé, avec des résultats non moins heureux, contre les spasmes thoraciques, la boule hystérique, les étouffements, le tympanisme stomacal et abdominal, l'éthérolé d'assa-fœtida, suivant les indications de Trousseau. — Et de même, nous fiant à l'enseignement et à l'expérience de ce maître incomparable, nous prescrivions le castoreum contre les douleurs ovariennes ou utérines, en dehors de l'époque des règles.

De tout ce qui précède, nous sommes amené à conclure : 1° que, quelle que soit la relation qui existe entre les affections spasmodiques et l'état de l'appareil digestif ou des autres foyers d'origine attribués aux accidents nerveux, que ces derniers soient subordonnés ou primitifs, ou simplement associés parallèlement, comme des démonstrations multiples d'une même disposition constitutionnelle, il est toujours utile de faire usage des médicaments antispasmodiques, quand les phénomènes nerveux ont pris quelque importance. Trousseau va plus loin et dit qu'il faut agir ainsi, même dans les cas où l'on doit attribuer les spasmes à une lésion organique reconnue. Dr A.

BIBLIOGRAPHIE

Notes cliniques sur quelques maladies des enfants; par le Dr E. Revilliod, in-8 de 231 par Steinheil, 1886.

Généralement le candidat au doctorat qui veut faire une thèse intéressante, choisit un sujet bien défini, le développe, l'appuie d'un certain nombre d'observations inédites, puis en tire des conclusions. M. Revilliod a procédé tout autrement. Ayant passé sa dernière année d'internat dans un service d'enfants, sous la direction de M. Cadet de Gassicourt, il a cherché à tirer des nombreux matériaux qu'il y avait recueillis tout ce qu'il pouvait y avoir d'original, et il a réussi à faire ainsi un travail personnel et non pas une compilation. Suivant son expression, c'est un recueil de faits, et nous ajouterons de faits bien choisis et bien analysés, ou encore pour employer le mot à la mode, un travail documentaire.

Ces faits sont groupés en différents chapitres, consacrés chacun à une maladie différente (Fièvre typhoïde.—Pneumonie et congestion pulmonaire. — Broncho-pneumonie. — Tuberculose pulmonaire. — Méningite tuberculeuse. — Tumeurs cérébrales et convulsions. — Ramollissement cérébral.— Néphrite). Enfin dans un dernier chapitre est dressé le relevé de tous les cas observés dans le service dans le courant d'une année.

Pour la fièvre typhoïde, par exemple, M. Revilliod montre que cette maladie peut chez les enfants débuter par des vomissements (mais plus rarement qu'on ne l'a dit), par un torticolis, quelquefois par une pneumonie. Elle peut débuter brusquement, et dans les cas qu'il a observés, ce signe paraissait de favorable augure. Plusieurs fois on a constaté des stomatites, de nature variable, ou des éruptions sur le corps. La courbe thermométrique affecte très souvent les allures les plus irrégulières, sans que pour cela le pronostic soit aggravé, au contraire. La lenteur et les irrégularités du pouls sont fréquentes chez les enfants; ces signes peuvent précéder de quelques jours le déclin de la température, l'accompagner ou faire leur apparition dans le cours de la convalescence. Dans le premier cas, ils peuvent servir à prédire l'époque prochaine de la défervescence.

On peut observer chez des enfants, surtout après des fièvres longues et sérieuses, dans la convalescence, de l'œdème du scrotum ou des élévations insolites de la température, dont l'explication du reste ne peut être donnée. M. Revilliod, d'après un certain nombre de faits, conclut que la fièvre à rechutes est une forme particulière, séparée seulement par des

© BIU Santé

nuances de la forme prolongée et de la forme lente à dépression moyenne, et il admet que les causes banales (écarts de régime, etc.), ne jouent probablement aucun rôle dans l'étiologie de la rechute.

Parmi les complications observées, signalons l'otite ou la surdité passagère, la périostite, les complications articulaires, la péritonite par propagation (observée deux fois au début de la maladie), les hémorrhagies intestinales tardives suivies de mort, la bronchite et la congestion hypostatique, et enfin la broncho-pneumonie. Le résumé très succinct que nous venons de faire du chapitre relatif à la fièvre typhoïde, montre l'intérêt de ces études ; les autres chapitres ne le cèdent en rien à celui ci, mais nous devons nous borner à les signaler. Nous ne pouvons terminer cependant sans féliciter M. Révilliod de son intéressant travail et engager ses successeurs à suivre son exemple. On aurait ainsi en quelques années un précieux recueil. A. S.

VARIA

Hygiène et santé publique au Brésil (1).

Par décret du 9 novembre de l'année 1885, a été nommé inspecteur de la santé publique de la province de Minas Geraes (Brésil) le Dr Sizinio Ribeiro Butes.

De son rapport il appert que l'état de santé de cette ville s'est conservé, pendant l'année qui vient de s'écouler, assez favorable, malgré l'absence de certaines mesures hygiéniques qui sont considérées comme indispensables, comme par exemple la réparation tout au moins, sinon le complet remplacement du système actuel d'égouts, la création d'un cimetière public dans un endroit approprié, et le transfert de l'abattoir hors de la ville. Les maladies qui ont le plus sévi dans cette ville, principalement à partir du mois d'octobre, sont celles du tube digestif, et parmi celles-ci le catarrhe gastrique et intestinal, sous toutes ses formes, de la plus bénigne à la plus grave

La cause de ces maladies est en partie attribuée aux brusques variations de la température, à la mauvaise qualité des objets d'alimentation, spécialement de la viande fraiche, à l'abus des substances graisseuses, et surtout aux eaux potables, qui, pendant le mois d'octobre et les suivants, subissent forcément une grande altération dans leur composition par l'adjonction des eaux pluviales qui viennent s'y mêler après avoir été saturées des impuretés des terrains qu'elles traversent, terrains qui renferment les petits cimetières disséminés par toute la ville, et presque toujours au-dessus des versants, vastes dépôts d'immondices et de matières fécales. Après les affections gastro-intestinales, viennent dans le tableau nosologique de l'année passée les maladies de l'appareil respiratoire, les lésions cardiaques, quelques cas de fièvre typhoïde, etc. Dans la ville de la Conceição, ce sont les fièvres de caractère paludéen, les fièvres intermittentes et pernicieuses qui ont prédominé.

Dans la ville de Boa-Esperança, suivant les minutieuses informations fournies par la Chambre municipale, a régné, d'avril à novembre, une épidémie de fièvres bilieuse et typhoïde ; 40 personnes environ ont été atteintes, et parmi elles, 8 ou 10 sont mortes. Après les pluies torrentielles qui sont tombées dans ce municipe pendant le mois d'octobre, les fièvres ont cessé, et les maladies inflammatoires des organes de la respiration, telles que pneumonie, bronchites et pleurésies, ont prédominé. Durant le mois de décembre, la température ayant sensiblement monté, quelques cas de fièvres ont reparu, sans toutefois amener aucun dénoûment fatal. Dans la paroisse Bom Jesus do Amparo, municipe de Santa Barbara, quelques cas de fièvre de mauvais caractère se sont manifestés. En conformité de la disposition contenue dans l'article 12 du règlement sanitaire paru le décret n° 9554 du 3 février de la présente année, et sur la proposition de l'inspecteur de l'hygiène publique, le Dr Arthur de Moura a été nommé pour exercer la charge de délégué dudit inspecteur dans la ville de Visemde do Rio Branco.

(1) Extrait du journal : *O vinte de Agosto de ouro Preto* (province de Minas Geraes), du 11 juin 1886, contenant le rapport de M. le Dr Sizinio Ribeiro Pontes sur la santé publique de ladite province.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 12 sept. 1886 au samedi 18 sept. 1886, les naissances ont été au nombre de 1165 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 450 ; illégitimes, 166. Total, 616. — *Sexe féminin* : légitimes, 404 ; illégitimes, 145. Total, 549.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 sept. 1886 au samedi 18 sept. 1886, les décès ont été au nombre de 927, savoir : 491 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 6, T. 16 Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 5, T. 9. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 5, T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 9 F. 5, T. 14. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 4, F. 1, T. 5. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 16, F. 24, T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 98, F. 76, T. 174. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 22, T. 45. — Autres affections générales : M. 29, F. 35, T. 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 15, F. 27, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 11, T. 21. — Pneumonie : M. 22, F. 22, T. 44. — Athrepsie : M. 100, F. 72, T. 172. — Autres maladies des divers appareils : M. 114, F. 109, T. 223. — Après traumatisme : M. 13, F. 3, T. 16. — Morts violentes : M. 00, F. 00, T. 00. — Causes non classées : M. 6, F. 9, T. 15.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 90 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 15. Total : 43 — *Sexe féminin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 13. Total : 47.

Concours des bourses de doctorat et de pharmacie. — L'ouverture des concours pour l'obtention des bourses de doctorat et des bourses de pharmacie aura lieu aux sièges des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des écoles supérieures de pharmacie, le lundi 15 octobre prochain.

Ecole vétérinaire de Lyon. — Un concours pour la chaire d'anatomie descriptive, anatomie générale et extérieure des animaux domestiques sera ouvert le lundi 18 octobre à l'Ecole vétérinaire.

Congrès des Végétariens. — Un congrès de végétariens aura lieu à Vienne, les 25, 26 et 27 septembre 1886.

Pension. — Une rente de 6,250 francs vient d'être accordée à la veuve du professeur von Gudden.

Conseil Municipal. — La deuxième commission présidée par M. le Dr Chassaing, vient de partir pour l'étranger. Elle se rend à Londres, Bruxelles, Cologne et Mayence, pour y étudier un certain nombre de questions municipales et notamment, celle de la création de dépôts mortuaires.

Necrologie. — Le Dr René Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine. — Dr Millet, médecin-adjoint de l'Asile des aliénés de Blois. — Dr Laissus (de Salins-Montiers), décédé à l'âge de 85 ans. — Dr Recipon, médecin en chef des hôpitaux du Puy, décédé à l'âge de 54 ans. — Dr A. Farine, médecin principal de 1re classe, directeur de l'hôpital militaire de Besançon, décédé à l'âge de 55 ans. — Dr Bayonne (de Gimont). — Dr Hurel (de Gaillon).

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

Poirier (P.). — Du développement des membres. Broch. in-8 carré de 167 pages, avec 18 figures.

Milton (J.-L.). — On dermatitis Ferox. Brochure in-8 de 8 pages. — Edinburgh, 1886. — Oliver and Boyd.

Zenner. — The value of the knee phenomenon in the diagnosis of diseases of the nervous system. Brochure in-8 de 13 pages. — Chicago, 1886. — Journal of the american médical association.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Gallard (T.). — Leçons cliniques sur les maladies des ovaires. Volume in-8 de 463 pages, avec 47 figures. — Prix : 8 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St.-Germain.

Association française pour l'avancement des sciences. 14e session. — Grenoble 1885, 2e partie. 1 volume in-8 cartonné de 821 pages, avec 15 planches, 93 figures et nombreux tableaux. — Paris, 1886.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 40. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 OCTOBRE 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

NEUVIÈME LEÇON (1)

Anatomie et physiologie pathologiques de la maladie charbonneuse.

SOMMAIRE. — Etude du charbon inoculé du lapin ou du cobaye. — Œdème gélatiniforme au point d'inoculation ; la bactéridie a une action locale phlogogène, mais non pyogène. — Lésions des premiers ganglions ; ils sont remplis de bactéridies avant que le sang ni les autres organes n'en contiennent. — Invasion du sang. — Lésions des organes ; réplétion bactéridienne des capillaires de la rate, du rein, du foie, etc., rendue surtout évidente sur les coupes colorées. — Topographie des bacilles : leur siège presque exclusivement intra-vasculaire. — Intégrité des cellules parenchymateuses. — Présence de bactéridies dans les produits de sécrétion (urine, bile, lait).

Analogies des lésions anatomiques du charbon inoculé du mouton avec celui des rongeurs, avec fréquence, en plus, d'hémorrhagies viscérales. — Les lésions hémorrhagiques sont encore plus accusées chez le cheval, l'âne et le bœuf.

Théorie du rôle de la bactéridie dans le charbon : elle agirait en enlevant l'oxygène aux globules rouges ; ou bien mécaniquement, par obstruction embolique des capillaires ; ou en sécrétant un produit toxique (ferment soluble ou ptomaïne). — La solution du problème est encore à trouver.

Messieurs,

Pour s'initier à l'étude du charbon, on doit se servir de préférence de rongeurs (souris, cobayes, lapins). Si l'on injecte sous la peau d'un de ces animaux, avec la seringue de Pravaz, quelques gouttes de sang charbonneux, frais, ou d'une culture virulente de bactéridies, on verra, au bout de dix à quinze heures, un empâtement œdémateux assez prononcé, facile à sentir par la palpation, se développer au point d'inoculation ; en même temps la température centrale de l'animal s'élèvera d'un ou de deux degrés. Les autres symptômes accusés par les animaux sont insignifiants ; ils continuent à manger et à se bien porter en apparence jusqu'à quelques heures avant la mort ; celle-ci survient ordinairement 36 à 40 heures après l'inoculation chez le cobaye, 48 à 60 heures chez le lapin. Elle est précédée d'une courte période pendant laquelle l'animal paraît inquiet, change souvent de place, urine fréquemment ; la respiration s'accélère ; l'animal devient comme indifférent et assoupi ; il ne cherche plus à fuir et, quand il le fait, c'est avec des mouvements incertains et mal coordonnés. Puis il tombe dans une sorte de coma, la respiration devient plus superficielle et il meurt après quelques légères convulsions et une température centrale fortement abaissée, à 34°, à 32°, quelquefois à 30°.

A l'autopsie on ne trouve plus à la peau de trace de la piqûre d'inoculation ; mais à ce niveau, dans une étendue parfois fort grande, le tissu cellulaire sous-cutané est le siège d'une infiltration œdémateuse tout-à-fait caractéristique : c'est un œdème gélatineux, tremblotant, transparent, à peine teinté de rouge, rappelant un peu la consistance du corps vitré de l'œil. Si on examine au microscope une gouttelette de cet œdème, on constate qu'il renferme des leucocytes et des globules rouges en petite quantité et des bactéridies plus longues que celles que contient le sang, en nombre relativement faible aussi. En résumé, le bacillus anthracis par son développement dans le derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané des rongeurs, y provoque l'exsudation d'une sorte de lymphe coagulable, mais sans issue notable, hors des vaisseaux, de leucocytes : le microbe du charbon, tout en étant manifestement phlogogène, ne possède point de propriétés pyogènes (1).

Les ganglions lymphatiques correspondant à la région inoculée présentent des lésions remarquables. Ils sont augmentés de volume, rouges, ecchymotiques, entourés d'une zone d'œdème. A l'examen microscopique on voit que ces organes contiennent un nombre parfois prodigieux de bactéridies répandues dans le suc ganglionnaire, mélangées aux globules blancs ou accumulées en feutrage serré. C'est avec raison qu'on a comparé l'aspect de ces ganglions qui se trouvent les premiers sur le trajet de la matière virulente à celui de la rate charbonneuse. Les bactéridies, en effet, y prolifèrent avec une extrême rapidité, tandis que dans les autres ganglions, ceux du côté homologue du corps, par exemple, on n'en trouve que très peu, celles qui sont contenues avec le sang dans le réseau capillaire sanguin de l'organe et qui, par conséquent, ne sont pas nées sur place. M. Colin, le premier, a signalé l'infection précoce des premiers ganglions ; il montra que les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du point inoculé sont doués de virulence bien avant le sang, la rate et les autres organes (2). M. Toussaint montra que cette virulence précoce est due à l'envahissement rapide de ces premiers ganglions par les bactéridies ; ils en sont déjà remplis alors que ni le sang ni les autres organes n'en renferment encore.

Déjà, au bout de 12 à 16 heures après l'inoculation, chez le lapin et le cobaye, le sang commence à char-

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31 et 39.

(1) On a fait un certain nombre d'expériences intéressantes, sur le lapin particulièrement, dans le but de rechercher au bout de combien de temps la cautérisation énergique ou mieux l'excision du point où le charbon a été inoculé (à la lancette) est susceptible d'empêcher l'infection générale de l'économie. M. Colin a constaté que ce temps est souvent extrêmement court ; chez des lapins inoculés au bout de l'oreille, la section de ce bout faite trois à cinq minutes après l'inoculation ne s'opposa pas à l'infection (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 31 juillet 1877). M. Rodet (de Lyon), a fait, sous l'inspiration de M. Chauveau, des recherches plus précises sur ce point ; le procédé auquel il a eu recours était le même que celui de M. Colin : inoculation à la lancette au bout de l'oreille d'un lapin et amputation de cet organe au bout d'un temps variable. Il constata ainsi que la bactéridie inoculée se propage avec une rapidité très variable ; tantôt l'excision du point d'inoculation au bout de 5 minutes est incapable de s'opposer à l'infection, tantôt la section, après 10 heures, empêche encore l'évolution de la maladie. Cette irrégularité tient sans doute à diverses causes : la quantité de bactéridies inoculées, le siège précis de l'inoculation et ses connexions avec le système lymphatique et sanguin, la résistance de l'animal, la hauteur différente à laquelle on pratique l'amputation de l'oreille, etc. (Voyez à ce sujet : Rodet, *Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactéridien*. Thèse de Lyon, 1881, p. 40-54).

(2) Colin, *Sur le développement successif de foyers virulents pendant la période d'incubation des maladies charbonneuses* (Bullet. de l'Acad. de médecine, 1878, p. 199).

© BIU Santé

rier des bactéridies, en nombre très petit, il est vrai ; mais si leur présence dans le sang, à ce moment, est assez difficile à mettre en évidence par le simple examen microscopique, il est facile de la démontrer par l'inoculation ou par la culture. A ce moment aussi commence à se manifester un certain degré de leucocytose et les globules rouges présentent déjà une tendance à s'agglutiner. Plus tard, quelques heures avant la mort, le sang pullule en bactéridies et offre les autres caractères bien connus du sang charbonneux.

Je n'ai pas à revenir non plus sur les lésions macroscopiques (tuméfaction et diffluence de la rate, hyperémie des poumons, etc.), que l'on observe sur les différents viscères. Mais l'examen histologique de ces organes est particulièrement instructif lorsqu'il porte sur des coupes colorées à l'aide des couleurs d'aniline. Les préparations que l'on obtient ainsi sont de la plus grande beauté, et l'on devrait bien engager à la pratique de ces colorations les médecins encore hostiles aux théories micro-parasitaires : la seule force de l'argument anatomique suffirait, je n'en doute pas, à les convaincre.

Sur une coupe de rein charbonneux, par exemple, colorée par la simple méthode de Weigert, on voit déjà, à un faible grossissement (50 diamètres), les capillaires glomérulaires et intertubulaires se dessiner en bleu avec une admirable netteté, comme s'ils avaient été pénétrés par une injection bien réussie. A un fort grossissement (voy. fig. 88) on s'assure que ces capillaires sont littéralement remplis de bactéridies, se dessinant sous forme de traits bleus : l'infection bactéridienne des vaisseaux capillaires est ainsi prise sur le fait et peut être étudiée dans ses moindres détails. Presque toutes les bactéridies sont contenues dans l'intérieur des capillaires et ce n'est que par places qu'on en rencontre d'erratiques dans l'intérieur des canalicules urinifères, surtout des tubes contournés, dans le voisinage des glomérules, où elles ont sans doute pénétré à la suite de ruptures vasculaires. En même temps, on peut s'assurer de l'intégrité presque absolue du revêtement épithélial des tubes urinifères, dont les cellules sont intactes avec leur noyau se colorant normalement.

Sur les coupes de la rate on voit la pulpe et les vaisseaux remplis par un feutrage de bactéridies. Les capillaires du poumon présentent une réplétion tout aussi grande. Sur le foie, même injection des capillaires inter-trabéculaires, avec intégrité des cellules hépatiques. Les glandes salivaires, le pancréas, la glande mammaire présentent encore la même réplétion de leur réseau capillaire sous-épithélial. Les images fournies par les coupes des muqueuses sont analogues ; la richesse des villosités intestinales en bactéridies est excessive et donne l'idée d'une véritable injection (voy. fig. 89). L'épiploon ou le mésentère étalés sont aussi d'excellents objets d'étude.

La peau, le cerveau, les muscles, le myocarde sont relativement moins riches en bacilles.

Un fait dont on peut aisément s'assurer sur les coupes colorées, c'est que les bactéridies se rencontrent de préférence dans les réseaux capillaires ; les artérioles et les veinules en renferment en quantité beaucoup plus faible, sans doute en vertu de leur adhérence moindre dans des canaux plus larges.

En somme, il résulte de cette étude anatomique de la répartition du bacillus anthracis dans les divers organes des animaux ayant succombé au charbon que cette maladie est, par son siège, surtout hématique, intravasculaire ; à moins de ruptures et d'extravasation, les parenchymes sont généralement libres de bacilles. Ces particularités s'expliquent en partie par les propriétés du bacillus anthracis et surtout par sa qualité éminemment aérobie ; il en résulte qu'il envahit le sang rapidement et qu'il s'y cantonne de préférence, puisqu'il y trouve plus d'oxygène libre que dans les tissus.

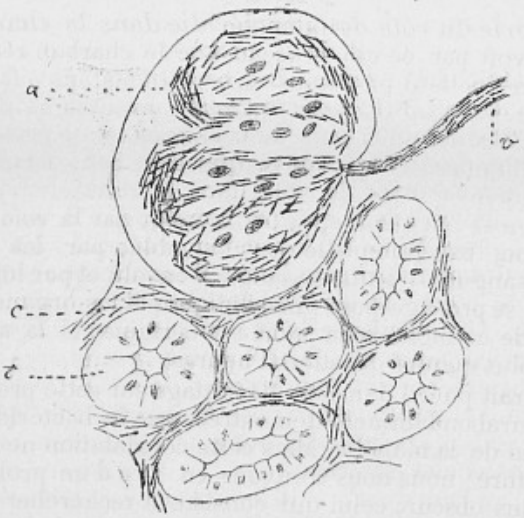


Fig. 88. Coupe de rein de cobaye charbonneux, colorée par le violet de gentiane (semi-schématique). *a*, glomérule dont les anses sont remplies de bactéridies ; *c*, capillaires intertubulaires ; *t*, tubes urinifères ; *v*, vaisseau afférent du glomérule.

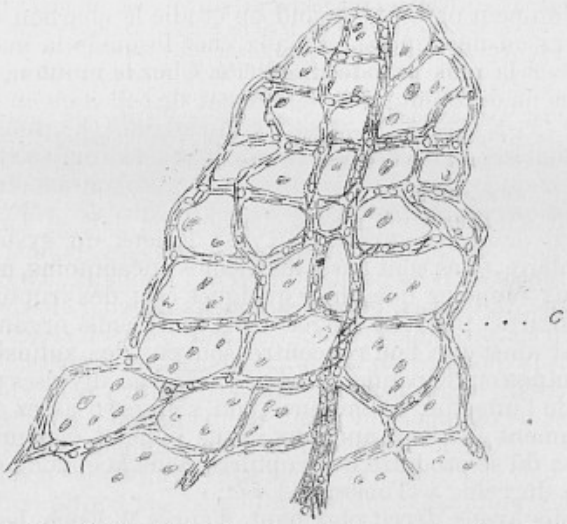


Fig. 89. Villosité intestinale d'un lapin charbonneux (semi-schématique) *c*, injection bactéridienne des capillaires.

Il ne faudrait pas croire cependant que, même chez les rongeurs, où le charbon revêt sa forme la plus simple, les bactéridies restent toujours contenues dans le système vasculaire et que les parois des capillaires et le revêtement épithélial des appareils glandulaires ne soient pas souvent franchis. Dans le cours de nos recherches sur la transmission du charbon de la mère aux fœtus, dont il sera question plus tard, nous avons, M. Chamberland et moi, étudié d'une façon méthodique, sur des cobayes charbonneux, la bile et l'urine, au point de vue de la présence du bacillus anthracis dans ces produits de sécrétion. Nous nous sommes assurés que l'urine contient presque toujours des bacilles, souvent en très petite quantité, il est vrai ; ce qui le prouve, c'est que parfois on peut semer dans le bouillon de culture des quantités notables d'urine, sans qu'il y ait de développement ; de

© BIU Santé

même, dans ces cas, on peut en inoculer à un animal plusieurs divisions de la seringue de Pravaz, sans résultat. Il faut alors plusieurs tentatives de culture ou d'inoculation pour arriver à un seul résultat positif. Dans d'autres cas, l'urine contient des bacilles en nombre assez abondant; généralement elle renferme alors en même temps des globules rouges du sang qui témoignent de petites hémorrhagies qui se sont produites dans le rein.

La bile, fraîchement recueillie sur un lapin ou un cobaye qui vient de succomber au charbon, contient parfois aussi des bacilles, mais toujours en nombre très faible; il faut toujours ensemencer plusieurs ballons de bouillon avec des quantités notables de bile pour obtenir une culture féconde.

Nos recherches nous ont aussi montré que du sang charbonneux semé dans de la bile fraîchement recueillie ne donne lieu à aucun développement filamenteux; au bout de 48 heures de séjour dans la bile, les bactéridies sont mortes; la bile jouit donc d'une véritable action antiseptique sur la bactéridie (1).

MM. Chambrelent et Moussous ont montré que le lait, chez les femelles en lactation, peut aussi contenir des bacilles (2).

Telles sont les principales particularités anatomiques que l'on peut observer quand on étudie le charbon des cobayes ou des lapins, animaux chez lesquels la maladie revêt la plus grande simplicité. Chez le mouton, les lésions ne diffèrent pas notablement de celles qu'on observe chez le lapin. Au point d'inoculation, les mêmes phénomènes se produisent : tumeur œdémateuse s'étendant jusqu'au ganglion le plus proche, inflammation de celui-ci avec augmentation considérable de volume, souvent hémorrhagies. Quant aux lésions du système vasculaire, elles sont aussi les mêmes; néanmoins, nous devons rappeler que, dans quelques cas, des ruptures vasculaires peuvent siéger dans différents organes; « c'est ainsi que l'on rencontre souvent des suffusions sanguines ou de petites hémorrhagies dans diverses parties de l'intestin; l'hématurie, qui s'observe assez fréquemment chez ces animaux, nous indique également qu'il a dû se produire des ruptures dans la couche corticale du rein. » (Toussaint.)

Nous avons décrit plus haut, d'après M. Koch, les lésions que présente l'intestin grêle, le 4e estomac et parfois le gros intestin chez les moutons quand ils succombent au charbon spontané, intestinal.

Chez le bœuf, il se développe souvent au lieu de l'inoculation des œdèmes énormes, avec engorgement ganglionnaire considérable et fièvre intense; puis au bout de quelques jours l'œdème se résorbe graduellement et l'animal guérit; nous avons dit, en effet, combien est grande la résistance des animaux de l'espèce bovine au charbon *inoculé*. Le cheval et l'âne sont moins résistants. Lorsque ces animaux succombent, 3, 4, 5 jours et même davantage après l'inoculation, des lésions viscérales, beaucoup plus prononcées que chez le lapin et le mouton, ont eu le temps de se produire.

« On rencontre, en effet, des ruptures vasculaires dans la plupart des tissus et surtout dans le tissu conjonctif. Dans beaucoup de points se voient des œdèmes renfermant des bactéridies longues, articulées, et cela surtout autour des ganglions lymphatiques; on les rencontre aux aines, aux aisselles, autour des ganglions sous-lombaires, à la surface du côlon et sur presque tout le trajet des ganglions intestinaux; les ruptures vasculaires sont fréquentes dans les parois de l'intestin et sous le péritoine pariétal. Les hémorrhagies qui en résultent s'étendent en surface et occupent souvent plusieurs décimètres carrés; on en trouve aussi dans les parois du cœur, soit sous la séreuse du péricarde, soit sous l'endocarde. Ces différentes ruptures entraînent des péritonites, pleurésies, péricardites suraiguës s'accompagnant de douleurs colliquatives plus ou moins violentes. La plupart des ganglions lymphatiques ont augmenté de volume et sont rouges, infiltrés, souvent ecchymotiques. *Ces lésions ganglionnaires sont dues, sans aucun doute, aux nombreuses ruptures vasculaires qui se sont produites dans les derniers temps de la vie et qui ont agi comme de véritables inoculations profondes.* » (Toussaint).

Il y aurait encore beaucoup de particularités, intéressantes au point de vue de la physiologie pathologique de la maladie charbonneuse, à mentionner ici : ainsi, les variations d'effet résultant de la *quantité* de virus inoculé, les résultats produits par l'injection des bactéridies, à doses massives, dans le système circulatoire et d'autres points de détail qui trouveront mieux leur place quand il sera question de l'immunité contre le charbon.

Théorie du rôle de la bactéridie dans le charbon. — On voit par ce qui précède que le charbon réalise, avec une netteté pour ainsi dire schématique, le type de la maladie infectieuse aiguë. Le parasite se multiplie d'abord sur place, au point inoculé, et y provoque une inflammation spéciale aboutissant à la formation d'un œdème qui lui sert de liquide de culture. La propagation se fait ensuite, ordinairement par la voie lymphatique, exceptionnellement d'emblée par les vaisseaux sanguins; enfin le sang est envahi et par lui l'infection se propage, pour ainsi dire, à tous les organes; à partir de ce moment la mort est certaine et la survie n'est plus qu'une question d'heures.

Il serait puéril d'insister davantage sur cette proposition, surabondamment démontrée, que la bactéridie est la cause de la maladie. Mais cette constatation ne saurait suffire; nous nous trouvons en face d'un problème bien plus obscur, celui qui consiste à rechercher comment cette bactéridie agit pour déterminer la maladie et entraîner la mort.

Une première explication, séduisante par sa simplicité, a été proposée par M. Pasteur et par M. Bollinger : la bactéridie est un organisme éminemment aérobie; dans son conflit avec les globules rouges du sang, elle tendrait à leur enlever l'oxygène et détermine ainsi une véritable asphyxie. Cette théorie soulève plusieurs objections : dans un certain nombre de cas, on voit la mort survenir avec fort peu de bactéridies dans le sang, en nombre évidemment trop faible pour spolier les globules rouges de leur oxygène; le sang charbonneux présente des caractères spéciaux, tel que l'état agglutinatif des globules rouges, la leucocytose, qui ne sont pas les attributs du sang asphyctique; si les animaux présentent souvent, pendant les derniers moments de la vie, des phénomènes d'asphyxie, ceux-ci peuvent aussi faire complètement défaut et la mort survenir presque inopinément (charbon apoplectique).

D'autres pathologistes pensent que les bactéridies agissent surtout mécaniquement, en obstruant les petits vaisseaux. A l'appui de cette manière de voir, M. Toussaint, le principal promoteur de cette théorie, invoque les résultats que donne, chez un animal charbon-

(1) Straus et Chamberland. *Recherches expérimentales sur la transmission de quelques maladies virulentes, en particulier du charbon, de la mère au fœtus* (Arch. de physiol, 1883, t. I, p. 449.

(2) Chamberland et Moussous. *Passage de bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints du charbon* (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 19 nov. 1883).

© BIU Santé

neux vivant, l'examen microscopique direct des membranes transparentes, tels que l'épiploon ou le mésentère; en modifiant convenablement le dispositif habituellement employé pour l'étude de la circulation, on peut voir les bactéridies s'accumuler dans les capillaires, les obturer partiellement et jouer le rôle de véritables emboles. Cette explication est passible des mêmes objections que la précédente; elle ne rend pas compte de la mort dans les cas où les bacilles sont peu nombreux dans le sang; d'autre part, les lésions anatomiques du charbon ne sont pas celles qui déterminent les embolies capillaires.

Il est probable que l'action exercée par le bacillus anthracis sur l'économie de l'animal qui en est envahi est complexe; peut-être doit-on revendiquer le rôle le plus important pour les produits toxiques sécrétés par le microbe, qu'il s'agisse d'un ferment soluble ou d'un alcaloïde (ptomaïne). L'action phlogogène si nette développée par le parasite au point d'inoculation, la fréquence des hémorrhagies profondes chez certaines espèces animales, témoignant d'une atteinte spéciale exercée sur les parois des capillaires, l'état agglutinatif des globules rouges du sang, sont des arguments qui militent en faveur de cette manière de voir. Depuis longtemps, M. Pasteur attribuait à un ferment soluble, à une diastase sécrétée par le bacille, la production de l'état agglutinatif des globules rouges. L'hypothèse d'un pareil ferment ou d'une ptomaïne rendrait compte de la gravité des symptômes terminaux, des troubles qui surviennent dans les centres nerveux respiratoire et cardiaque. Mais jusqu'ici, toutes les tentatives faites pour découvrir dans le sang d'un animal charbonneux ou dans les cultures pures de la bactéridie la présence d'une ptomaïne ou d'un ferment soluble sont demeurées sans résultat.

On voit donc que nos notions, en ce qui concerne l'action intime exercée par la bactéridie sur l'économie animale, sont encore fort imparfaites et qu'à ce sujet on ne peut guère émettre que des hypothèses.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Rétraction de l'aponévrose palmaire; — de l'aponévrose plantaire. — Rhumatisme articulaire aigu. — Affection cardiaque;

Par M. SOUZA-LEITE, externe des hôpitaux.

Dans sa *Monographie des dermatoses*, publiée en 1832, Alibert traça la symptomatologie et le diagnostic d'une affection de la main qu'il nomma *érythème paratrimme*; pourtant il en méconnut le siège précis et même la nature, comme on le voit par le terme paratrimme. Sept ans plus tard, Dupuytren, ayant disséqué l'aponévrose palmaire de deux ou trois mains, démontra le siège anatomique des lésions et fournit de la sorte un puissant contingent à la connaissance exacte de la rétraction de l'aponévrose palmaire; on en trouve la description dans la seconde édition de ses *Leçons cliniques*. Enfin, en 1853, Gerdy, dans sa *Chirurgie pratique*, compléta ce qui manquait à l'anatomie pathologique de l'affection.

Jusqu'en 1860, on l'a considérée comme étant due à des frottements ou à des actes morbides spontanés ou traumatiques de la main, simples, locaux. C'est seulement l'année suivante que Menjaud (Th. *Rétract. de l'apon. palm. dans la gout. et le rhumat.*), chercha à établir les liens pathogéniques de la rétraction palmaire avec certains états généraux, dont elle n'était destinée à devenir postérieurement qu'une des complications plus ou moins fréquentes. Ces états sont la goutte, le rhumatisme, l'hérédité et le diabète; actuellement on incrimine aussi la syphilis et l'alcoolisme. Nous espérons pouvoir donner un cas de rétraction palmaire chez un paralytique général.

Le cas suivant concerne un rhumatisme compliqué de l'affection de Dupuytren:

Le nommé Lefèvre, 43 ans, employé de commerce, constitution moyennement robuste, est rentré une seconde fois, le 6 avril 1886 dans la salle Saint-Christophe (service de M. G. SÉE), à l'Hôtel-Dieu.

Père, hémorrhoïdaire confirmé, migraineux, eut des accès douloureux au gros orteil droit devenant alors gonflé et chaud; mort poitrinaire à 63 ans. Mère, *blanchie des cheveux* à 29, morte poitrinaire à 36 ans. Grand-père paternel mort à 75 ans, hydropique des membres pelviens et ascitique, après 5 abdominocentèses. Grand'mère maternelle eut la plupart de ses doigts à moitié fléchis et *crochus*, morte asthmatique. Grand-père maternel, mort d'une affection vésicale. Oncle maternel, mort poitrinaire à 64 ans.

Rougeole à 2 ans et demi; à 5, une maladie longue et sérieuse pour laquelle 3 vésicatoires furent jugés nécessaires; à 11, fièvre cérébrale (?). De 15 à 20 ans, des céphalées intenses accompagnées de fourmillements et d'engourdissements plus marqués à la partie supérieure du tronc et aux membres supérieurs et passablement gênants; à 22, blennorrhagie devenue chronique, pendant laquelle pas d'accidents articulaires. A peu près à 30 ans, il commence à éprouver dans les régions dorso-lombaires et gastro-cnémiennes des douleurs erratiques, s'exacerbant à certains jours et qui ne s'apaisèrent qu'au bout de neuf ou dix ans, en 1884.

En avril 1881, le malade voit apparaître entre les tendons des deux palmaires, immédiatement au-dessus de la région du poignet, une petite masse arrondie, plus marquée dans l'avant-bras gauche et dépressibles, au dire de Lef..., qui les appelle *ses bosses*. Ces masses se seraient formées en deux ou trois semaines, durèrent quatre mois environ et auraient disparu en peu de temps. A la fin de 1882, il s'aperçoit, en écrivant, d'une maladresse qui « m'obligeait, dit-il, à laisser un moment ma plume pour pouvoir reprendre mes notes, une fois l'énervement passé »

A partir de ce temps-là, diminution des sueurs des mains, devenues de moins en moins souples. Dans la suite, le fait étrange de l'impossibilité de tenir la plume sans s'arrêter de temps à autre, faux besoin d'un repos trop souvent répété, cède peu à peu la place, à un phénomène d'un autre ordre, à une lésion, savoir: un relief allongé dans la paume de la main droite, lequel s'accuse de plus en plus surtout quand le malade étendait ses doigts. En même temps il lui semble que la paume de sa main devient moins large. Même altération à la main gauche, cinq à six semaines après. En octobre 1884, ses cheveux grisonnent rapidement.

Un mois après, première atteinte de rhumatisme: rougeur, tuméfaction et douleurs à la pression et aux mouvements dans les genoux, les coudes et les pieds, hyperthermie s'élevant à 40°. On applique un vésicatoire sur la région précordiale. En janvier prochain le malade sort presque guéri du service de M. le Dr Levasseur à l'Hôtel-Dieu de Rouen, où il avait été reçu.

En octobre suivant, 1885, récidive rhumatismale dans les mêmes articles, seulement les manifestations en sont plus intenses; le malade entre à l'Hôtel-Dieu de Paris en décembre de la même année et en sort le 21 mars 1886.

A la fin de ce dernier mois il s'aperçoit à la plante du pied droit d'un énervement semblable à celui qu'il avait ressenti à la main droite, en 1882; pour alors rien de semblable à la plante gauche.

Etat actuel (avril 1886). Admis premièrement pour ses manifestations rhumatismales il demande à entrer la seconde fois

© BIU Santé

pour quelques douleurs généralisées peu intenses, mais principalement à cause de quelques accidents d'angor pectoris.

Taille un peu au-dessous de la normale, canitie incomplète, un peu de maigreur, caractère taciturne.

Il dit s'être exposé souvent aux intempéries et avoir commis de fréquents écarts de régime. Peau légèrement sèche au toucher et assez ridée au visage. Pas de voussure, pas de frémissement cataire, ni d'oscillation de la région précordiale; matité cardiaque augmentée d'environ 10 millimètres plutôt dans le sens vertical que transversalement; bruit rapeux systolique sur les deuxièmes espaces intercostaux, surtout sur la partie du sternum contiguë au foyer aortique, il se transmet à travers la région sous-clavière droite; tracé de rétrécissement aortique fourni par la radiale.

A certains jours, dyspnée légère et transitoire. Quelques râles épars et fugitifs dans les régions pulmonaires, expiration légèrement soufflante. Pas de trouble de la voix.

Foie, rate dans leurs limites normales. Tendance médiocre à la constipation. Des éructations et d'autres perturbations digestives. Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. Les artères radiales et temporales superficielles sont un peu athéromatheuses et ces dernières commencent à se dessiner sous la peau des tempes, où l'on voit leur diastole.

Quand on examine par leurs faces palmaires la main et les doigts droits étendus, on ne constate pas d'amyotrophie des éminences thénar et hypothénar qui ont conservé leur volume à peu près normal; on constate une saillie allongée et étroite commençant à la partie moyenne du poignet entre les deux éminences, traversant la partie médiane de la paume de la main et qui atteint le pli digito-palmaire du médius dans lequel elle se perd assez rapidement. Cette saillie rappelle la forme du tendon d'un des palmaires et une personne ne sachant pas d'anatomie pourrait croire qu'il ne s'agit là que d'un simple prolongement du tendon du petit palmaire; en effet, si quelqu'un dit au malade de remuer son médius et qu'il place en même temps son index successivement sur différents points de la saillie en question il lui paraîtra toucher toujours le tendon du muscle nommé. Cette saillie a l'aspect d'une corde quelque peu raide. En arrivant au niveau du dernier grand pli palmaire, la corde devient un peu plus résistante au toucher qu'elle ne l'est plus haut, présente deux sortes de nodosités plus saillantes que le reste de la corde; et un peu courbes (petits fibrômes de Richet) de la réunion de ces courbures il résulte une espèce de transversal. Ce pli-là est lui-même déformé: sa moitié interne est beaucoup moins marquée que l'externe, elle se dirige vers le pli digito-palmaire du petit doigt; il en résulte que les deux moitiés ne forment plus une courbure, mais une ligne cassée.

L'extension forcée des doigts, volontaire ou passive, rend la corde fibro-conjonctive plus tendue et produit chez le malade un peu de douleur accompagnée d'un léger sentiment d'arrachement, localisé à la main. De cette espèce de bride ne se détachent pas des prolongements nets, comme il arrive en d'autres cas; c'est dire que la rétraction de l'aponévrose est ici à peu près uniforme.

La pression sur la bride ou son voisinage n'est pas sans produire un peu de douleur. Les doigts étant écartés les uns des autres, on constate que la concavité des replis interdigitaux est moins régulière et en même temps plus prononcée que celle des replis d'une main saine.

L'extension de la main et des doigts est à peine gênée; leur flexion est normale. Pas de cicatrice dans les téguments de la main, ni dans ceux des doigts.

Bien que ces téguments-là soient moins extensibles qu'à l'état normal on peut en faire encore un pli, si, bien entendu, les doigts ne sont pas étendus. Si on examine la paume de la main gauche, on y constate une déformation identique à celle de l'autre main, seulement moins avancée; elle est ici d'une date plus récente que la précédente.

Sur les limites des régions plantaires interne et moyenne du pied droit on constate, surtout lorsque le malade étend ses orteils, une saillie qui part du tiers postérieur de la région pour se perdre insensiblement à la racine des orteils. Elle ne se dessine pas aussi bien que celle des mains et est plus diffuse.

La corde plantaire provoque des sensations incommodes *agaçantes* au malade: aussi le voit-on se lever toutes les 10 ou 15 minutes, faire quelques pas et prendre ensuite sa chaise en disant que *cela le soulage*. Cette sensation bizarre est plus fréquente à certains jours ou quand on l'interroge.

Le malade n'a jamais subi de traumatismes dans ses mains ni dans ses pieds. A la plante du pied gauche, pas de déformation.

Ce cas est digne d'un certain intérêt sous plus d'un rapport.

Dans les quelques mots d'historique que nous avons fait nous voyons que la partie clinique de l'affection fut décrite avant que le côté anatomo-pathologique n'en fût établi. C'est que, même pour une affection chirurgicale simple et limitée, du moins à l'époque de Dupuytren, la méthode anatomo-chimique a produit ses bonnes suites.

Quoiqu'il y eût un court intervalle qui eût séparé le début des altérations pour les deux mains, la symétrie, signalée presque toujours dans les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, ne tarda pas à se montrer dans le nôtre.

Chez Lef..., la *symétrie* de l'altération n'existe pas *seulement* pour les mains, on la constate *aussi* pour les médius, seuls doigts qui ne se s'étendent pas au même degré que les autres. Cette particularité n'est pas ordinaire, car si on a vu des malades chez qui le médius était atteint isolément dans une des mains, dans la main opposée il n'y avait que le médius de plus ou moins fléchi; — d'autres doigts étaient en même temps gênés dans leurs mouvements.

Ici, comme cela arrive généralement, les altérations ont commencé à droite, particularité surtout intéressante quand il s'agit d'individus exerçant une des professions libérales: un magistrat observé par Marchal (de Calvi) (*Recherch. sur les accid. diabét.*, page 372), et un instituteur examiné par M. Cayla (obs. in th. de M. Viger, 83), ont présenté la rétraction palmaire. Là on ne peut pas invoquer de frottements professionnels, ni de traumatismes, ceux-ci n'ayant pas été notés.

Quant à Lef..., nous disons que, si on pouvait songer un instant aux frottements que sa main droite a pu subir de par son métier (il conduisait une voiture et n'est pas gaucher), le fait que l'aponévrose palmaire gauche se rétracte aussi suffit pour faire voir que le frottement, tout au plus, a-t-il été une cause déterminante de l'affection. Au surplus, la rétraction *plantaire droite* n'est-elle là que pour nous dire que les causes chirurgicales sont insuffisantes pour le développement de la rétraction. Il est bien vraisemblable que la rétraction aponévrotique se montre un jour ou l'autre pour la plante gauche, puisque ç'a été ce qui a eu lieu dans les mains. En attendant, déjà on peut dire qu'une telle lésion des tissus fibreux dépend d'un vice nutritif général et nous entendons le rhumatisme articulaire dont la pathogénie est explicable par un *ralentissement* dans les réactions intimes du mouvement nutritif (M. Bouchard, *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1885). Dans la lésion dont nous parlons, il est quelque chose de très analogue à ce qui se passe dans les tissus rétractiles des cicatrices.

M. Chuffard dit (*Des affect. rhumatism. du tissu cell. s. cutan.*, 1886), que dans la rétraction de l'aponévrose palmaire, caractérisée par l'altération fibreuse des tissus sous-cutanés et de la peau, deux facteurs doivent être pris en considération: l'influence diathésique du rhumatisme et un traumatisme venant impressionner les nerfs périphériques de la région. Or, bien

© BIU Santé

des gens ne sont pas des manœuvres ou n'ont pas éprouvé de traumatismes et cependant ils sont porteurs de l'affection ; donc le second facteur a une mince importance et l'impression nerveuse supposée perd une quantité proportionnelle dans son rôle.

Chez Lef..., il n'y a que le rhumatisme pour faire comprendre la disposition à la rétraction des tissus fibreux; l'hérédité y entre pour une bonne partie car la mère de sa mère fit la même affection.

Notre malade eut dans sa famille trois poitrinaires, un hépatique ou cardiaque, un cystique et une asthmatique; on voit là quelques-unes des manifestations de l'arthritisme mélangées à celles de la tuberculose, c'est-à-dire, des maladies de la nutrition se combinant entre elles. Voilà qui est fait pour appuyer l'avis de M. Polaillon, agrégé à la Faculté, pour qui la rétraction de l'aponévrose palmaire est, ainsi que l'induration plastique du pénis, une manifestation de la diathèse arthritique (Un. médicale, 1er juillet 1886).

Enfin, le malade s'est acquis certains caractères d'une sénilité précoce, ce qui était facile à prévoir. En effet, à différentes affections chroniques (athérome cardio-vasculaire, rhumatisme), de nature arthritique, il a ajouté les désordres causés par l'intoxication alcoolique lente ; et a accumulé ainsi des causes puissantes de vieillesse. Il n'est pas inutile de rappeler que M. Brousse (*De l'involution sénile*, 1886), a rapproché la sénilité des maladies par ralentissement de la nutrition, en sorte qu'elle conspirerait, comme l'arthritisme, contre la santé et la vie; on pourrait l'accepter comme la *maladie naturelle*.

GYNÉCOLOGIE

Kystes hydatiques de l'excavation pelvienne. — Kyste principal développé aux dépens de l'ovaire gauche. — Ponction. — Suppuration. — Incision. — Mort (1) ;

Par J. POTOCKI, interne des hôpitaux.

C... Félicie, née à Neuilly, ménagère, âgée de 28 ans, entre le 24 juin 1885, salle Sainte-Claire n° 15 bis, dans le service de M. Siredey. Son père est mort de fièvre intermittente, dit-elle ; sa mère succomba après six mois de maladie à un cancer de l'utérus. Elle est le 6e enfant de la famille ; une sœur est morte de tuberculose pulmonaire à 34 ans, les autres enfants sont morts à 16 ou 18 ans d'affections indéterminées. Elle n'accuse aucune maladie dans son enfance. Réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, l'établissement de la menstruation a été très douloureux, toutefois, les règles sont revenues bien régulièrement tous les mois jusqu'à 21 ans. De 21 ans à 25 ans, elles se suppriment tout à fait sans que la malade en puisse dire le motif; à partir de 25 ans, elles reparaissent, mais très irrégulièrement. Ni enfant à terme, ni fausse couche.

La malade entre une première fois en 1883 dans le service de M. Siredey, pour des accidents abdominaux qu'on rattache à une pelvi-péritonite dont on ne peut déterminer la cause. Il n'y a eu en particulier aucun traumatisme.

Quelques mois après, elle est reçue dans le service de M. Gallard où on diagnostique un corps fibreux de l'utérus. En 1884, C... est admise de nouveau à Lariboisière; M. Siredey pense à ce moment comme M. Gallard à un corps fibreux. Il rattache à l'existence de ce corps fibreux sous-péritonéal, qui s'est développé depuis son premier examen, les accidents péritonitiques présentés par la malade l'année précédente et ceux qu'elle présente encore actuellement et qui ont nécessité cette troisième admission à l'hôpital.

Ces poussées de péritonite à répétition s'accompagnent de temps à autre d'un cortège de symptômes alarmants; fièvre, vomissements bilieux, ballonnement du ventre. Ils finissent cependant par s'amender et au bout de 9 mois la malade se trouvant suffisamment remise, retourne chez elle. A ce moment (avril 1885) la tumeur abdominale présente à peu près le volume qu'elle offre aujourd'hui. L'amélioration n'est cependant pas de grande durée, car, après avoir repris son travail pendant quelques semaines, la patiente rentre de nouveau à l'hôpital le 24 juin 1885 avec une nouvelle poussée de péritonite. Quand les accidents aigus se sont amendés, M. Siredey constate de nouveau la présence d'une volumineuse tumeur dure, mais croyant y reconnaître des parties liquides, il penche pour le diagnostic de tumeur fibro-cystique de l'utérus et se propose de pratiquer plus tard la ponction. Il montre la malade à M. le professeur Duplay qui confirme le diagnostic. Les vacances surviennent sur ces entrefaites; à la fin de l'année des accidents nouveaux de péritonite se produisent, qui affaiblissent la malade et on retarde de jour en jour la ponction, redoutant de la faire dans d'aussi fâcheuses conditions locales et générales.

Quand je vois la malade au commencement du mois de février 1886, elle est dans l'état suivant : femme petite, maigre, chétive, pâle, aux muqueuses décolorées, sans appétit, toussant de temps à autre. L'examen attentif de la poitrine ne fait pas constater de signes de tuberculose ; il y a à la base du cœur un souffle au premier temps qui se propage dans les vaisseaux du cou. Les membres inférieurs sont œdématiés au niveau des malléoles à la fin de la journée, quand la malade a marché. La miction est fréquente ; toutes les heures ou toutes les deux heures, la malade est prise d'un besoin irrésistible d'uriner ; l'urine ne contient pas d'albumine.

Les règles qui, depuis trois ans, étaient très irrégulières, comme époques d'apparition, très peu abondantes, constituées par du sang peu coloré et ne durant que deux ou trois jours, sont supprimées depuis le mois de novembre; disons de suite qu'elles ont apparu une fois seulement au commencement du mois de mars. La malade n'a d'ailleurs jamais eu ni ménorrhagie ni métrorrhagie. Le ventre est fortement bombé à la partie inférieure, immédiatement à partir de l'ombilic, où on le voit pour ainsi dire se relever brusquement pour contenir une tumeur profonde. Il est régulier, non bosselé, la peau est saine, sans vergeture, l'ombilic normal. Dure au palper, de consistance fibreuse, homogène, mate à la percussion, la tumeur qui est symétriquement développée par rapport à la ligne médiane, se laisse facilement délimiter. Les anses intestinales sont refoulées en haut, en dehors et en arrière d'elle ; la vessie fait quelquefois en avant une saillie qui disparaît après le cathétérisme.

La tumeur est limitée en haut par une ligne horizontale qui passe juste au niveau de l'ombilic, puis d'un point situé plus près de l'épine iliaque antérieure et supérieure que de l'ombilic, ses bords droit et gauche descendent obliquement pour venir se perdre sous le bord antérieur de l'os des îles. Il n'y a pas de bosselure à la surface de la tumeur, mais à droite on observe une petite saillie légèrement dure qu'on retrouve à tous les examens et qu'on croit être un petit fibrome presque sessile. A gauche, existe aussi une petite tumeur grosse comme un œuf de poule qu'on peut faire engager à la surface de la tumeur, jusqu'à son bord droit et qui d'elle-même revient à gauche, extrêmement mobile, fuyant sous le doigt, elle répond exactement à la dénomination très caractéristique que lui a donné la malade qui l'appelle « la petite souris. » On ne sait ce qu'elle peut être ; on ne se figure guère un fibrome ayant un pédicule assez long pour permettre des mouvements aussi étendus.

Les organes génitaux externes sont normaux. Le vagin est court, le col de l'utérus petit, vierge, est appliqué immédiatement derrière le pubis. En arrière, occupant

(1) Communications à la *Société anatomique*, séance du 23 avril 1886.

© BIU Santé

tout le cul-de-sac postérieur, immédiatement appliqué sur le sacrum et sur les parois latérales de l'excavation, est une tumeur arrondie, lisse, régulière, dure, mais offrant cependant une résistance analogue à celle que donne un kyste distendu par du liquide.

Le 18 *mars*, la tumeur paraît avoir diminué de volume; sur les parties latérales, ses bords droit et gauche semblent ne pas aller au delà du milieu de la distance qui sépare l'ombilic de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Malgré l'état de plus en plus faible de la malade, dont la cachexie augmente de jour en jour, M. Siredey se décide à la ponction qu'il fera par le vagin et qu'il remet au 20 mars. Le même jour, il est appelé par M. Gérin Roze pour voir dans son service une femme atteinte d'une tumeur du ventre que la ponction a démontrée être un kyste hydatique. Comparant les deux cas, M. Siredey émet l'avis que peut-être la tumeur kystique de sa malade n'est autre qu'un kyste hydatique, mais il ne saurait qu'émettre une hypothèse, car aucun signe ne permet d'affirmer le diagnostic ; il n'en a cependant que plus de raisons pour faire la ponction.

20 *mars*. Après lavage du vagin au sublimé à 1/2000. M. Siredey ponctionne la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, et, avec l'appareil Potain, il aspire 1700 grammes d'un liquide à peu près incolore, de densité 1012, ne renfermant ni fibrine, ni mucine, mais des traces d'albumine, de l'urée dans la proportion de 0 gr. 64 par litre et laissant découvrir au microscope une grande quantité d'échinocoques entiers et de crochets détachés. On a donc bien affaire à un kyste hydatique.

Après la ponction, la tumeur du cul-de-sac postérieur a disparu, le col est revenu au centre du bassin. Tampon vaginal iodoformé. Repos absolu au lit, glace sur le ventre.

Pendant 2 jours, la malade se trouve relativement bien, mais bientôt elle maigrit davantage, pâlit, s'affaiblit de plus en plus, perd tout entrain.

Le 24 *mars* elle est particulièrement faible; défaillance quand on l'assied sur son lit, yeux excavés. Langue humide, chargée. Elle se plaint de mal de tête, de douleurs sous les aisselles, mais n'accuse encore aucune douleur abdominale. Constipation, miction normale. Urines légèrement albumineuses. Fièvre le soir, : P = 124, T = 39°,3. Le palper ne fait percevoir aucune tumeur dans l'abdomen qui est souple et seulement un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, le col arrive presque jusqu'à la vulve, refoulée en avant et en bas par une tumeur qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et qui a le volume d'une mandarine.

Les jours suivants, la fièvre vespérale persiste, la température oscillant entre 38°,5 et 39°,5. De temps en temps surviennent de véritables frissons. Quant à l'état général il s'agrave parallèlement, les yeux s'excavent, les joues se creusent, le ventre devient très douloureux, des vomissements alimentaires et bilieux se produisent presque tous les jours.

Le 31 *mars*, la tumeur mobile constatée anciennement se retrouve encore, mais il y a surtout une tumeur abdominale douloureuse, plus développée à gauche qu'à droite et qui remonte jusqu'à mi-distance entre l'ombilic et le pubis.

Le 9 *avril*, la tumeur abdominale remonte presque jusqu'à l'ombilic, toujours beaucoup plus développée à gauche. Le vagin est rempli par une tumeur qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et descend très bas. La cachexie augmente, la face devient grippée. Vomissements bilieux, ténesme rectal, rectite glaireuse.

Le 17 *avril*, malgré l'état désespéré de la malade, M. Siredey se décide à inciser la tumeur. Après irrigation du vagin au sublimé, section de la tumeur à un centimètre en arrière du col dans sa partie la plus saillante; la section est agrandie avec un bistouri boutonné; il s'écoule d'abord une quantité considérable de membranes blanchâtres, feuilletées, qui ne sont autre chose que des parois du kyste hydatique; après elles, apparaît un liquide purulent répandant une odeur infecte; on irrigue le kyste avec une solution de sublimé à 1/2000 à l'aide d'une sonde intra-utérine en verre jusqu'à ce que le liquide sorte parfaitement limpide.

Irrigation vaginale, vagin bourré de gaze iodoformée. La malade est reportée dans son lit.

Le soir elle a la voix brisée, n'a presque plus la force de parler. P. 144. T. 38°,5. Le lendemain matin, à 9 heures, elle succombe.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture du ventre on aperçoit tout d'abord le grand épiploon sous forme d'une toile triangulaire, à sommet inférieur dirigé vers la gauche, et recouvrant la plus grande partie des organes abdominaux. Un kyste hydatique gros comme une olive est implanté sur lui au-dessous du bord tranchant du foie; un autre de même volume occupe son milieu, enfin à son extrémité inférieure est un troisième kyste simulant à s'y méprendre comme forme et comme dimension un cœur de fœtus à terme. C'est ce kyste actuellement fixé dans une petite logette limitée par les parties profondes qu'on avait senti pendant la vie et qui possédait cette grande mobilité à caractère si bizarre. La face profonde du grand épiploon est en outre semée d'un grand nombre de petits kystes hydatiques du volume d'un grain de chènevis au volume d'une lentille. Tous les organes abdominaux sans distinction offrent une série de brides fibrineuses, reliquats d'anciennes péritonites ayant occupé toute la cavité péritonéale, brides qui les unissent entre eux et aux parois de l'abdomen. C'est ainsi, par exemple, que le foie est uni au diaphragme en haut, à l'estomac en bas et au colon transverse; que les anses intestinales sont toutes agglomérées et qu'on est obligé de détruire toutes ces adhérences pour les étaler. Outre ces vieilles brides, l'intestin est recouvert, ainsi que les organes du petit bassin, d'un exsudat grisâtre, peu épais, qui en dépolit la surface. L'intestin recouvre la partie tout à fait supérieure de la tumeur du bassin et la déborde à droite et à gauche. Des adhérences plus ou moins intimes le font adhérer à la paroi du kyste. L'intestin enlevé, la tumeur apparaît parfaitement libre. C'est une masse irrégulière, inégale, volumineuse, formée de parties très dissemblables; elle remonte à 20 centimètres au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. On voit d'abord sur sa face inférieure se détacher vers la droite le fond de l'utérus presque vertical, un peu oblique en haut et à gauche. Il sépare la tumeur en deux parties principales qu'il faut décrire séparément : 1° une partie gauche qui est formée essentiellement par le kyste principal; 2° une partie droite. Au-dessous du fond et en avant est un petit kyste du volume d'une olive (que le palper avait fait percevoir pendant la vie) vers lequel convergent une série de replis péritonéaux de toutes directions. Ce petit kyste est légèrement mobile sur les parties profondes. Sur la paroi antérieure de l'abdomen immédiatement au-dessus de la symphyse est encore un kyste gros comme une noix.

Partie gauche de la tumeur. Elle a le volume d'une tête d'enfant, elle dépasse l'utérus en haut et en dehors; en avant elle est recouverte par le ligament rond très allongé, plus au-dessus par la trompe de Fallope qu'on voit s'insérer sur l'angle gauche de l'utérus et qui tapissant la tumeur finit après un long trajet rectiligne par se recourber en arc de cercle et se dilater. Cette dilatation qui occupe le tiers externe de la trompe est due à la présence d'une collection purulente, conséquence d'une salpingite suppurée. Plus en arrière, on ne peut rencontrer ni le ligament de l'ovaire, ni un corps délimité représentant la glande; mais à 6 ou 8 centimètres de l'angle gauche de l'utérus, sur la paroi postéro-supérieure du kyste, est une surface offrant des plaques blanchâtres et d'autres noirâtres qui paraît être l'ovaire gauche atrophié. A la coupe on trouve dans ce tissu des vestiges de corps jaunes de la menstruation : on a donc bien affaire à l'ovaire, ce que d'ailleurs confirme l'examen microscopique. Le ligament rond et la trompe peuvent se décoller avec plus ou moins de facilité de la paroi du kyste; mais l'ovaire en fait intégralement

© BIU Santé

partie, de sorte qu'on peut dire que le kyste hydatique est développé dans l'aileron postérieur du ligament large et aux dépens de l'ovaire ; ce fait explique sa facile séparation des deux ailerons antérieurs. Le kyste est uni à tous les organes voisins par de vieilles adhérences fibreuses en maints endroits très intimes ; le pavillon de la trompe est obstrué complètement par les brides.

Par les progrès de son volume le kyste a fini par repousser excentriquement tous les organes mobiles qui le limitaient. En arrière, en effet, il arrive jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur du péritoine, il adhère intimement à toute l'étendue du rectum qu'il déborde à droite ; il arrive à gauche en contact avec les parois de l'excavation dont il peut se séparer facilement (le squelette n'est pas altéré) ; à droite il tapisse la face postérieure de l'utérus, et se trouve recouvert plus en dehors par la tumeur droite dont nous parlerons tout à l'heure. En ouvrant le kyste sur son bord externe, il s'en écoule un liquide purulent répandant

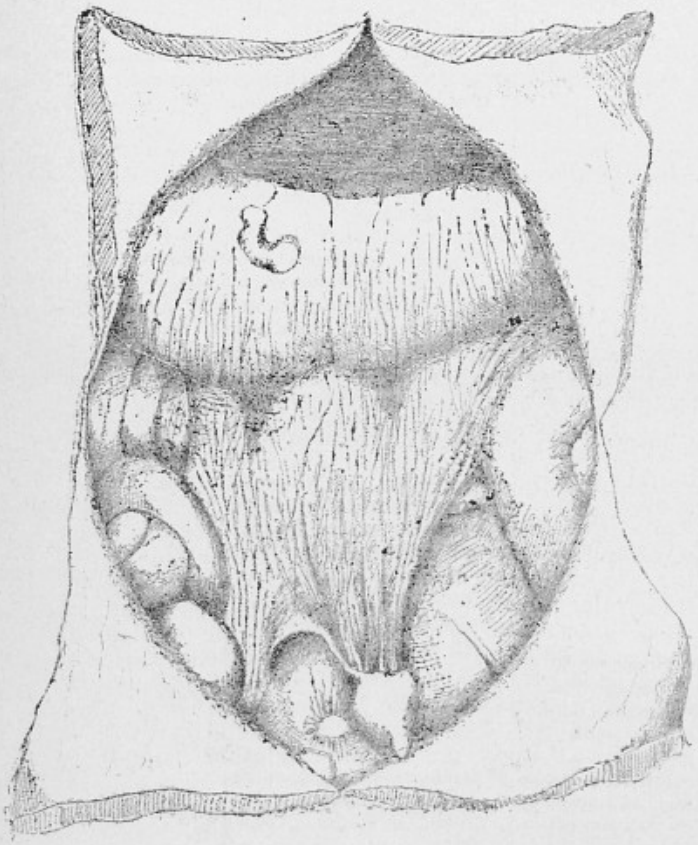


Fig. 90. — Aspect général du ventre. Le grand épiploon, terminé par la petite tumeur mobile, recouvre une grande partie des intestins. — On voit en bas le fond de l'utérus, à droite la paroi extérieure du kyste hydatique principal, tout en haut le foie et au-dessous le côlon transverse.

une odeur infecte de putréfaction ; dans la cavité on voit des débris de la membrane propre du kyste encore adhérents. La paroi extérieure a une épaisseur de 3 à 6 millimètres. Sa surface interne irrégulière, mamelonnée, gris verdâtre, était directement baignée par le liquide. A la partie inférieure du kyste on voit la boutonnière qui avait été pratiquée pendant la vie dans le cul-de-sac postérieur.

Partie droite de la tumeur. — Elle a l'apparence générale d'une grappe. D'avant en arrière, on trouve le ligament rond normal ; la trompe et son pavillon obstrué par des fausses membranes anciennes ; la trompe décrit une demi-circonférence qui circonscrit une tumeur située en arrière et dont on la sépare aisément ; en arrière de la trompe et en partie caché par elle, court le ligament de l'ovaire, qui s'insère sur l'angle droit de l'utérus et aboutit à un ovaire parfaitement reconnaissable, blanchâtre, dur, bosselé, renfermant un corps jaune de la menstruation. En arrière de ces parties on trouve tout d'abord un kyste hydatique du volume d'un gros œuf de dinde transparent, à membrane extérieure conjonctive très mince ; l'ovaire est directement appliqué sur sa paroi antéro-externe dont on peut cependant le séparer, sans déchirure. Plus en arrière enfin s'échelonnent trois kystes, à parois épaisses et dures, disposés en chapelet et dont le plus postérieur vient se fixer à la paroi du kyste principal gauche. L'utérus a subi une augmentation de longueur considérable qui n'a guère porté que sur son col. La cavité de l'organe mesure 10 c.5, sa longueur totale est de 11 c. 5 ; son tissu est sain.

Vessie. Congestion au niveau du col.

Les *reins* ensemble pèsent 110 grammes ; ils sont atrophiés, surtout le gauche qui ne pèse que 30 grammes ; ils se laissent décortiquer assez facilement, mais en quelques points la capsule adhère. Leur surface est blanche, mate, décolorée, elle offre des sillons profonds et des séries de petits sillons superficiels disposés par groupe et dans les mailles desquels font saillie des petits prolongements de la substance rénale. Ces saillies n'ont aucun rapport spécial avec les pyramides. A la coupe, même pâleur, tissu absolument blanchâtre, quelques petits abcès ; suppuration des sommets des pyramides, qui sont en grande partie détruits. Inflammation de la muqueuse des bassinets et calices.

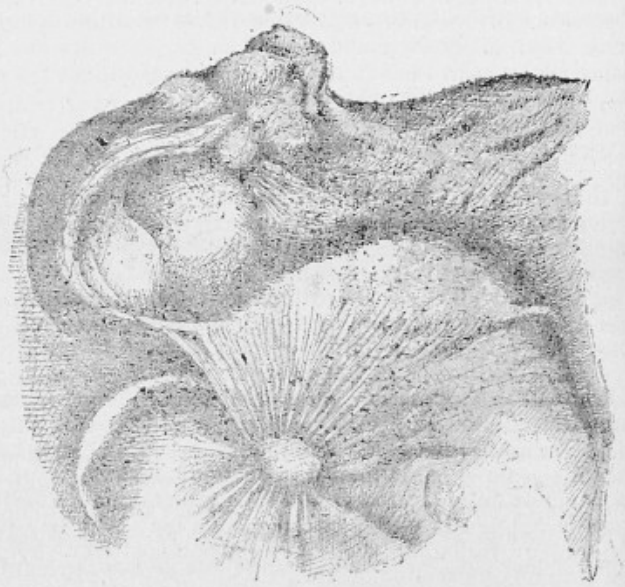


Fig. 91. — Utérus et annexes du côté droit. On voit le fond de l'utérus sur la face antérieure duquel se trouve un petit kyste hydatique ; à gauche en bas le ligament rond ; au-dessus la trompe formant une anse qui embrasse l'ovaire et des kystes hydatiques.

Foie, 1,120 grammes, légèrement graisseux ; vésicule biliaire contenant un liquide brunâtre.

Rate, 130 grammes, paraît saine, ainsi que le tube digestif. — Poumon droit adhérent au diaphragme très intimement. Tubercules au sommet, noyaux caséeux. Poumon gauche aplati, adhérent sur toute son étendue, grâce à d'anciennes fausses membranes de pleurésie. Quelques cavernules au sommet. — Cœur, 180 grammes, surcharge graisseuse très accusée, rempli de caillots agoniques. Rien à l'endocarde. — Cerveau, pâle, normal.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours des prix de l'internat* : Le jury de ce concours qui doit s'ouvrir le 3 novembre prochain se compose de MM. Balzer, Brun, Landrieux, Ledentu, Mercklen, Tarnier et Terrier.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté tchèque de médecine de Prague.* Le Dr J. THOMAYER, privat-Docent, est nommé professeur extraordinaire de pathologie générale et de thérapeutique. — *Faculté de médecine de Rostock.* — Le professeur BRAUN (de Dorpat), aurait accepté un appel pour la chaire de zoologie de cette faculté. — *Faculté de médecine de Würzburg.* Le professeur OBERAT (de Halle) serait appelé à la direction de la clinique chirurgicale de cette faculté.

© BIU Santé

CLINIQUE NERVEUSE

Epilepsie idiopathique. — Démence paralytique. — Obstruction des voies respiratoires par des aliments : crico-trachéotomie. — Anciennes fractures des septièmes cartilages costaux (1);

Par BOURNEVILLE, P. BRICON et COURBARIEN.

I. La *marche* de l'épilepsie mérite d'attirer l'attention. Nous avons à relever d'abord une *rémission* assez longue, s'étendant de 6 à 14 ans, puis à signaler le chiffre annuel des accès de 1871 à 1885. Le tableau que nous avons donné montre que les accès ont atteint leur maximum en 1872, qu'il y a eu ensuite, sous une influence que nous ne connaissons pas, une diminution assez sensible (1876-1877) et qu'enfin les accès ont augmenté et se sont à peu près maintenus au même chiffre jusqu'à la mort (1878-1885).

II. Durant les dernières années de la vie du malade, nous avons pu suivre les progrès de la *démence*. L'affaiblissement, puis la perte complète de la mémoire, l'embarras de la parole, le tremblement des lèvres, etc. ; la céphalalgie consécutive aux crises convulsives et les congestions méningitiques mentionnées dans les notes de M. Delasiauve ; enfin l'hébétude prolongée qui suivait les accès, nous avaient fait penser que, à l'autopsie, nous trouverions des lésions plus ou moins profondes, et, en particulier des altérations des méninges, des adhérences entre elles et la substance grise. Notre hypothèse ne s'est pas réalisée ; nous avons bien trouvé un épaississement des méninges, mais modéré; il n'y avait d'ailleurs aucune adhérence et, au moins à l'œil nu, la substance grise n'offrait pas d'altérations. En résumé, il n'y avait pas de rapport entre les symptômes cliniques et les altérations anatomiques (2).

III. Parmi les autres particularités qu'a offertes le malade, nous relèverons le *caractère mélancolique et religieux* du délire bien mis en évidence par les idées de suicide et par l'*attitude du crucifiement*, commune dans les attaques d'hystérie, n'existant pas dans les accès d'épilepsie et rare dans le délire épileptique. Nous relevons aussi les *nombreuses cicatrices* disséminées sur la face, le front et l'occipital (3) et enfin l'*attitude spéciale* prise par le corps tout entier au fur et à mesure que la démence progressait, cette attitude est fréquente chez les déments épileptiques et nous aurons l'occasion d'y revenir (4).

IV. La *double fracture symétrique des septièmes cartilages costaux* mérite de nous arrêter quelques instants. Les fractures des cartilages costaux, sont, en effet, assez rares; constatées pour la première fois par Zwinger sur le cadavre (1698), elle ont été depuis lors observées par plusieurs auteurs, soit sur le cadavre, soit sur le vivant. Nous avons cru intéressant de relever les cas signalés dans les traités spéciaux (5) et nous avons indiqué les points principaux dans le tableau suivant.

AUTEURS	SIÈGE de la fracture.	AGE à l'époque de la fracture
1° Lobstein (1). . .	7e cartilage droit; chevauchement du fragment costal sur le fragment sternal.	Trouvé sur le cadavre.
2° Magendie (2) . .	8e cartilage; chevauchement du fragment sternal sur le fragment costal.	Trouvé sur le cadavre d'un homme de 30 ans.
3° — . .	8e cartilage droit ; même chevauchement.	?
4° — . .	1er cartilage.	Trouvé sur le cadavre d'une femme de 40 ans.
5° Aumont. . . . . (cité par Magendie)	8e cartilage.	Trouvé sur le cadavre d'un adulte.
6° Malgaigne. . . .	5e cartilage droit ; chevauchement du fragment sternal sur le fragment costal.	17 ans.
7° —	7e cartilage droit.	23 ans.
8° —	8e cartilage droit.	63 ans.
9° Packard (3). . .	6e et 7e cartilages costaux droits à 1 centim. du bord sternal. Déchirure du côlon et péritonite.	Homme adulte.
10° Hamilton (4) . .	3e et 4e cartilages. Déchirure du muscle intercostal et du poumon.	30 ans.
11° Cavasse (5). . .	Fractures *obliques* des 6e, 7e et 8e cartilages gauches; chevauchement des fragments sternaux en arrière des fragments costaux.	Trouvées sur un cadavre de 39 ans.
12° —	Fracture double sur chacun des 8e et 9e cartilages gauches.	Trouvée sur le cadavre d'un homme de 45 à 50 ans.
13° Bonnefoy (6) . .	Fracture du cartilage inférieur gauche.	Trouvé sur un cadavre de 58 ans.
14° Middeldorpf (7).	4e cartilage gauche ; chevauchement du fragment sternal sur le frag. costal.	44 ans.
15° Wilms (8). . . .	Fracture médiane des 6e et 7e cartilages gauches; chevauchement du fragment sternal sur le fragment costal.	?
16° Musée royal (9) du collège des chirurgiens d'Angleterre, série XI, n° 377.	?	?
17° Musée d'anatomie pathologique de Giessen (n° 35. 114a (1855) (10). .	6e cartilage droit ; chevauchement du fragment costal sur le fragment sternal.	?

(1) Voir *Prog. médical*, nos 38 et 39.

(2) Voir : Bourneville et d'Olier. — *De la démence épileptique* (*Archives de Neurologie*, 1880, t. I, p. 213).

(3) Nous indiquons toujours le siège des cicatrices qui témoignent d'une façon trop évidente de la manière dont le malade tombe, dans le but de voir s'il n'y a pas une relation entre le *mode de chute* et certaines lésions.

(4) Cette observation a été communiquée à la *Société anatomique* et, comme dans toutes les communications venant de notre service, elle a été accompagnée de la présentation des photographies, du moule de la tête, de la calotte crânienne, du cerveau, etc.

(5) Nous avons puisé un certain nombre de renseignements dans le *Traité des fractures* de Malgaigne, T. I, 1847 ; dans celui de Gurtl (*Handbuch der Lehre von der Knochenbrüchen* 1864) et dans l'article cité de M. Paulet (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1re série, T. XVI, p. 82-89). Autant que nous l'avons pu, car les indications bibliographiques sont parfois incomplètes ou inexactes, nous avons contrôlé ces renseignements en remontant aux sources.

(1) Lobstein. — *Rapport sur les travaux exécutés à l'amphithéâtre d'anatomie de Strasbourg*, p. 11, 1805, et *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 339, Paris, 1833.

(2) Magendie. — *Mémoire sur les fractures des cartilages des côtes*, in *Bibliothèque médicale*, t. XIV, p. 81.

(3) Packard. — *Translation of Malgaigne's Fractures*, p. 360, Philadelphie, 1859.

(4) Hamilton. — *Fractures and Dislocations*, p. 178.

(5) Cavasse. — *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXX, 1855, 2e série, t. II, p. 330.

(6) Bonnefoy.— *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXXV, 1860, 2e série, t. V, p. 166.

(7) Middeldorpf. — *Beiträge zur Lehre von den Knochenbrüchen*, p. 73, 1853.

(8) D'après Gurtl.

(9) Cité par Gurtl sans autre indication.

(10) D'après Gurtl.

© BIU Santé

AUTEURS	SIÈGE de la fracture.	AGE à l'époque de la fracture
18° Musée d'anatomie pathologique de Giessen (n° 35, 114[b]) (1855) (1) . .	6e cartilage droit ; chevauchement du fragment sternal sur le fragment costal.	?
19° Musée de la clinique chirurgicale de Bonn (2).	8e cartilage costal.	?
20° Velpeau (3). . .	?	?
21° — . . .	?	?
22° Delpech (4). . .	Fracture près de la côte ; fragment externe en avant.	?
23° Klopsch (5). . .	5e cartilage droit au voisinage de l'articul. costale ; périchondrite purulente, nécrose du cartilage.	62 ans.
24° —	4e, 5e, 6e cartilages droits au voisinage de l'articulation costale.	56 ans.
25° Bouisson (6).. .	4e cartilage ; fragment costal chevauchant sur le fragment sternal.	?
26° Chassaignac . .	8e cartilage gauche.	52 ans.
27° Broca (7)	7e cartil. sans dépl., av. virole osseuse, réun. dir. des frag., art. par tissu fibreux.	Trouvé sur le cadavre d'un homme de 40 ans.
28° Vidal de Cassis (8).	6e, 7e, 8e cartilages droits.	Homme de 42 ans.
29° — . . .	5e cartilage gauche.	?
30° Petit (de Lille) (9)	4e cartilage droit à 3 cent. du bord sternal ; fragment costal en avant du fragment sternal.	33 ans.
31° Morel-Lavallée (10)	3e cartilage gauche.	58 ans.
32° Duguet (11). . . .	8e et 9e cartilages gauches. Fracture double pour chaque cartilage ; incomplète d'un côté	Trouvé sur le cadavre d'une femme de 50 ans.
33° Chabrier (12). .	6e cartilage droit près du bord sternal ; fragment sternal chevauchant sur le fragment costal.	?
34° Bassereau (13). .	8e cartilage à 11 centim. du bord sternal ; fragment costal chevauchant sur le fragment costal.	Trouvé sur le cadavre d'un homme de 45 ans.
35° Podrazki (1).. .	10e cartilage.	?
36° Leudet (2) . . .	Fracture de 5 cartilages.	?
37° Gouraincourt (3)	8e ou 9e cartilage gauche ; fragment costal en avant du fragment sternal.	52 ans.
38° Jobert de Lamballe (4).	Fracture indirecte par action musculaire des 3 derniers cartilages costaux.	?
39° Broca (5).	Fracture des 6e et 7e cartil. droits (par action musculaire).	42 ans.
40° Kimpe (6) . . .	Fracture du 5e cartil. gauche. Chevauchement du frag. costal sur le fragment sternal.	?
41° Saurel (7). . . .	9e cartilage gauche.	52 ans.
42° Benoit	9e cartilage gauche.	?
43° Nicaise (8) . . .	Fracture des 3e et 4e cartil. gauches. Chevauchement du fragment sternal sur le fragment costal.	55 ans.

Nous avons omis à dessein les fractures associées à des fractures multiples soit des côtes, soit de différentes autres parties du squelette ainsi qu'il arrive fréquemment dans les grands traumatismes (tamponnement, passage sur le corps de roues de voiture, chute d'un lieu élevé, etc.). Nous avons de même laissé de côté les cas où le diagnostic est resté indécis entre une luxation ou une fracture près de l'articulation costo-sternale.

Le nombre des cas de fractures des cartilages costaux, cette élimination faite, s'élève donc à une cinquantaine environ, si nous y comprenons un certain nombre de cas dont nous n'avons pu consulter les observations originales, telles que celles de Monteggia, Chaussier, Foulis, Holmes, Bennet, etc., dont l'indication simple se trouve dans quelques-uns des travaux que nous avons cités. Nous n'avons trouvé mentionné aucun exemple de fracture siégeant symétriquement sur un même cartilage de chaque côté.

Notre cas serait donc, sauf erreur, le *premier exemple d'une fracture symétrique d'un même cartilage* (9).

On remarquera que la fracture des cartilages costaux siège plus fréquemment sur les 6e, 7e et 8e cartilages, ce dernier paraît être plus souvent atteint que les autres. Le chevauchement a lieu indifféremment dans un sens ou dans l'autre.

Dans notre cas la lésion siège sur les *septièmes* cartila-

(1) D'après Gurtl.

(2) Von Otto Weber.—*Chirurg. Erfahrungen und Untersuchungen*, Berlin, 1859.

(3) Velpeau. — *Anatomie chirurgicale*, 3e édition, t. I, p. 355. Tous les auteurs rapportent que Velpeau aurait observé deux cas ; ils ne donnent aucun autre détail, mais mentionnent l'indication ci-dessus, or ni dans les deux premières éditions, ni dans la 3e on ne trouve à la page indiquée quoique ce soit ayant trait aux fractures, à la page 514 de la 2e édition où il est question des fractures des cartilages costaux Velpeau ne cite aucun cas personnel.

(4) Delpech. — *Précis des maladies réputées chirurgicales*, t. I, 1816, p. 237. — Delpech ne donne aucun détail sur cette fracture qu'il dit avoir observée.

(5) Klopsch. — *De fracturis cartilaginum costalium eorum que sanatione* (thèse d'Iéna 1855). Les trois premières observations de l'auteur se rapportent à des fractures multiples (p. 16, 37, 39).

(6) Bouisson. — *Journal de médecine pratique* (Montpellier). T. VIII, p. 17, 1843.

(7) *Société anatomique*, 1851, p. 184.

(8) Vidal de Cassis. — *Fracture du cartilage de la cinquième côte gauche par un coup de pied de cheval* in *Traité de pathologie externe*, Paris, 3e édit., t. II, p. 218.

(9) Petit. — *Fracture du cartilage de la quatrième côte* (*Gazette des Hôpitaux*, 1858, p. 568).

(10) Morel-Lavallée —*Bull. de la Soc. de chir.*, 16 juin, 1858).

(11) Duguet.— *Fractures des 8e et 9e côtes gauches avec consolidation osseuse* (*Bull. de la Société anat.*, 1863, p. 186).

(12) Chabrier.— *Fracture du 6e cartilage costal par action musculaire* (*Union médicale de la S.-Infér.*, n° 9, 1864).

(13) Bassereau.— *Fracture d'un cartilage costal, consolidation, régénération du cartilage, points osseux.* (*Bulletins de la Société anatomique*, p. 451, 1869).

(1) Podrazki. — *Fracture du 10e cartilage costal par effort musculaire en éternuant.* (*Œsterr. Zeitschrift f. praktische Heilkunde*, n° 44, 1873.)

(2) Presque tous les auteurs mentionnent ce cas de Leudet, mais aucun ne donne l'indication bibliographique. Nous n'avons donc pu remonter aux sources.

(3) Gouraincourt. — *Fracture du cartilage de la 8e ou 9e côte par action musculaire.* (*Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 498.)

(4) Jobert de Lamballe. Cas rapporté par Manuel. *Des fractures des cartilages costaux.* Thèse de Paris, 1856.

(5) Broca. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 329.

(6) Kimpe. — *Archives belges de médecine militaire.* T. VIII, p. 428, 1851.

(7) Saurel. — *Mémoire sur les luxations des cartilages costaux*, p. 21, 1854.

(8) In thèse de Henry. — *Considérations sur les fractures et les luxations des cartilages costaux.* (Thèse de Paris, 1877.)

(9) Dans le cas de Liouville dont nous avons fait abstraction à cause des lésions multiples qui accompagnaient les fractures des cartilages, les 2e, 3e et 4e cartilages droits étaient fracturés ainsi que le 3e cartilage gauche.

© BIU Santé

ges costaux droit et gauche, à 3 centim. et demi de l'articulation costale. Le fragment costal chevauche de 1 centim. et demi à 2 centim. sur le fragment sternal conformément à la loi Delpech-Malgaigne. Comme dans la plupart des autres cas les fragments sont réunis par un cal osseux, dur et compact (1), sans que leurs extrémités participent au travail de réparation. Nous noterons que chez Ménag... les cartilages costaux étaient absolument normaux, sans traces de *calcification*.

Les fractures des cartilages costaux sont produites par *cause directe* ou par *cause indirecte* (2) comme celles des côtes. Dans notre cas nous croyons qu'il s'agit d'une fracture de cause directe *par excès de redressement* ; la cause vulnérante, probablement les mains appliquées avec violence et symétriquement à la base de la cage thoracique aurait dépassé la limite d'élasticité et produit la fracture symétrique du 7e cartilage costal (3).

Nous croyons donc devoir attribuer notre double fracture symétrique à des manœuvres violentes pour maintenir le malade qui, comme nous l'avons dit, était sujet après ses accès, à des périodes d'excitation maniaque. Il ne s'agit là que d'une hypothèse, l'accident remontant à une date antérieure à 1879 (4).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le décret sur la réorganisation des Bureaux de Bienfaisance.

L'article 8 de la loi restritive du 10 janvier 1849, relative à l'Assistance publique à Paris, porte « qu'un règlement d'administration publique déterminera l'organisation de l'assistance à domicile. » Après un intervalle de *trente-sept ans*, ce règlement d'administration publique, c'est-à-dire un décret du chef de l'Etat, rendu en Conseil d'Etat, vient d'être signé par le Président de la République. Depuis 1849 les services fonctionnaient en vertu de simples règlements administratifs.

C'est, on peut le dire, à la suite des réclamations réitérées et énergiques du Conseil municipal de Paris que ce règlement, si longtemps attendu, a enfin vu le jour. Malheureusement, l'organisation nouvelle apporte peu de changements à l'état actuel cependant si défectueux. Des réformes très sérieuses étaient nécessaires et l'ensemble des services va se trouver à peine modifié.

Si, d'une part, quelques améliorations vont être introduites, il faut d'autre part reconnaître que le nouveau règlement est en général entaché de l'esprit le plus déplorable. Une fois de plus, les tendances rétrogrades et routinières des bureaux l'emportent sur l'intérêt des indigents et des malades, qui devrait cependant passer avant tout.

Un examen, même rapide, des différents articles du décret et leur comparaison avec les réformes demandées par le Conseil municipal, à la suite des rapports de MM. Fiaux et G. Robinet, et réclamées aussi, en partie, par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, permet de se convaincre que la préoccupation dominante de l'administration n'a pas été l'intérêt des indigents, des malades ou des infirmes, et le bon fonctionnement des services, tant au point de vue médical qu'au point de vue financier. Elle semble s'être attachée exclusivement à annuler, à supprimer l'action et le contrôle du Conseil municipal de Paris dans l'organisation des secours à domicile, pour laisser le Préfet de la Seine et les municipalités nommées par lui, maîtres absolus de la composition des bureaux de bienfaisance, de l'emploi des fonds, de la distribution des secours, etc.

S'il est un point, cependant, sur lequel, dans toutes les communes aussi bien qu'à Paris, l'intervention des municipalités élues soit légitime, c'est dans l'organisation des différents services d'assistance.

Il ne nous semble donc pas douteux qu'à bref délai, et c'est là la plus grave critique que l'on puisse faire du décret, de nouvelles et sérieuses modifications devront être apportées dans le fonctionnement du service des secours. Ces modifications devront avoir pour base le projet si complet et si important adopté par le Conseil municipal de Paris, projet que le Conseil d'Etat et les bureaux du ministère semblent complètement ignorer.

Ceci dit, nous allons résumer ce règlement qui remplit cinq pages du *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* (n° 259, 1886). Il comprend onze chapitres traitant successivement de *l'organisation des bureaux de bienfaisance, de leur fonctionnement; — du personnel médical, des personnes à secourir; — des secours; — de l'assistance médicale; — des budgets et comptes, dépenses et dispositions diverses.*

En ce qui concerne l'organisation générale, le décret maintient le bureau de bienfaisance distinct, par arrondissement, comme il existe actuellement.

Les différents bureaux ne seront pas réunis par un lien commun, le bureau de bienfaisance central avec caisse unique comme le demandait le Conseil municipal. C'était la principale réforme à effectuer selon nous, car l'autonomie financière des bureaux a donné et donnera encore les plus déplorables résultats. Avec cette autonomie, il arrive que les indigents du IXe arrondissement, par exemple, reçoivent, sur les ressources propres du bureau, de sept à vingt fois plus que les indigents du XXe arrondissement. C'est évidemment là une anomalie, car tous les indigents d'une même commune ont droit aux mêmes secours, comme ils ont droit à la même viabilité, à la même instruction, etc.

Les dispositions de l'article 73 ont pour but de corriger les inégalités choquantes qui existaient jusqu'à présent dans cette répartition des ressources propres, mais ces inégalités subsisteront en grande partie.

Dorénavant, les subventions pour les dépenses variables seront réparties chaque année entre les bureaux, pour un cinquième, proportionnellement à la population

(1) La réunion par cal osseux se produit également chez les grands animaux. Gurtl (*loc. cit.*) dit qu'il existe au musée de l'école vétérinaire de Berlin, sous le n° 805, 7 cas différents de fracture de cartilages costaux provenant de chevaux, tous avec cal osseux.

(2) On a signalé quelques exemples de fractures (8 cas) de cartilages costaux par suite de l'action musculaire (Voir Gurtl. — *Loc. cit.*, t. I, p. 249, observ. 119 et 120), et Paulet, *loc. cit.*, p. 83.)

(3) Ce cartilage est un des plus fréquemment atteints ; c'est celui qui mesure la plus grande largeur (12 à 14 centim., selon Sappey), le 8e cartilage ne mesurant que 10 centim. — Luschka a trouvé sur un homme bien constitué 13 centim. 8, pour le 7e cartilage et 13 cent. 1/2 pour le 8e. — Chez Ménag..., le 7e cartilage mesurait 11 cent. 1/2.

(4) A titre de renseignement nous citons encore la thèse de Vierthaler: *Uber die Brüche der Rippen und ihrer Knorpel.* Würzburg, 1847.

© BIU Santé

de chaque arrondissement. Pour deux autres cinquièmes, en raison inverse du montant de la contribution personnelle et mobilière de chaque arrondissement divisé par le nombre d'habitants formant la population générale de cet arrondissement. Les deux derniers cinquièmes sont répartis entre les bureaux de bienfaisance des arrondissements les plus pauvres de Paris, par le budget de l'administration de l'Assistance publique, après avis des délégués des bureaux de bienfaisance.

Il eût été, nous le répétons, bien préférable d'accepter, tout en maintenant les bureaux d'arrondissement, la création d'un bureau centralisant dans sa caisse toutes les allocations de la Ville et de l'Assistance publique, tous les dons recueillis par les bureaux locaux de bienfaisance et tous les dons adressés à l'administration avec affectation au service des secours à domicile ; ce comité d'administration, ce bureau de bienfaisance central étant également chargé de faire entre toutes ses succursales d'arrondissement la répartition des fonds de manière à ce que tous les pauvres de Paris soient également secourus, ceux du XX^{e} arrondissement comme ceux du IX^{e} ou du VIII^{e}.

D'après la nouvelle organisation, le nombre des administrateurs pourra être porté de 12 à 18. Ils seront nommés par le Préfet sur la présentation exclusive du maire. Jusqu'à présent, les élus de la population, les conseillers municipaux, intervenaient dans la formation des bureaux par la présentation d'un tiers des administrateurs, le bureau lui-même ayant à désigner un tiers et l'administration de l'Assistance publique l'autre tiers.

Désormais, le Préfet seul, par ses maires, aura la présentation et la nomination. La population, par l'intermédiaire de ses conseillers municipaux, n'aura aucun droit de surveillance dans le fonctionnement des bureaux de bienfaisance.

L'article 12 du chapitre 1er concerne les maisons de secours. Le projet de règlement adopté par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et renvoyé au Conseil d'Etat et au ministre de l'Intérieur, qui le vise dans les considérants du décret, portait, à cet article, que *le service serait exclusivement confié à un personnel laïque*. Il est regrettable à tous les points de vue et surtout à celui de l'économie, que M. le ministre de l'Intérieur se soit montré plus timoré que le Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Le D^{r} A. Regnard, inspecteur général, démontrait, dans les derniers numéros du *Progrès médical* quelles économies résulteraient de cette laïcisation. C'est là, heureusement, une question qui va être reprise par le Conseil municipal. Nous espérons néanmoinsque le ministre, qui, aux termes de l'article 81, devra pourvoir par arrêté « aux mesures d'exécution que comporte le présent décret, en particulier en ce qui concerne le règlement sur le service intérieur des bureaux de bienfaisance » a réservé pour ce règlement la laïcisation des maisons de secours.

Le chapitre III du décret porte sur le *personnel médical*, en voici le texte :

Art. 21. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés au concours.

Art. 22. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont institués par le Ministre de l'intérieur pour quatre années, qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution. — A l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être réinstitués par le Ministre pour une nouvelle période de quatre ans et ainsi de suite. Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.

Art. 23. — Les médecins actuellement en exercice peuvent, à l'expiration de la période pour laquelle ils ont été précédemment nommés, être réinstitués par le Ministre de l'intérieur dans les conditions fixées à l'article précédent, sans qu'ils aient à se soumettre au concours.

Art. 24. — Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à un emploi de médecin des bureaux de bienfaisance, le concours est annoncé trois mois à l'avance. Les candidats doivent se faire inscrire à la mairie de l'arrondissement et justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et qu'ils résident dans l'arrondissement où la vacance s'est produite ou dans un quartier limitrophe. Toutefois, cette dernière condition peut être remplacée par l'engagement de remplir les conditions nécessaires de résidence aussitôt après leur institution. Le registre des inscriptions est clos un mois avant la date du concours. Il sera statué, par arrêté du Ministre de l'intérieur, sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques.

Art. 25. — Au cas où, par suite de l'absence de concurrents ou de l'insuffisance des épreuves constatée par un rapport motivé du jury d'examen, le concours ne donnerait pas de résultats, il serait pourvu aux emplois vacants par le Ministre de l'intérieur sur la proposition des Commissions administratives. Les dispositions de l'art. 22 sont applicables aux médecins désignés par le Ministre.

Art. 26. — Les médecins institués par le Ministre sont à la disposition du service jusqu'à leur remplacement. En cas d'empêchement d'un médecin, le service peut être assuré par le directeur de l'administration de l'Assistance publique de concert avec la Commission administrative. L'allocation des médecins en titre est attribuée à leurs remplaçants.

Art. 27. — A la fin de chaque année, le maire adresse au directeur de l'administration de l'Assistance publique un rapport sur la manière dont chaque médecin a rempli ses fonctions. Le maire est tenu de transmettre d'urgence au directeur de l'Assistance publique les plaintes écrites portées contre les médecins. Si ces plaintes paraissent justifiées au directeur, il les communique à la Commission administrative et, s'il y a lieu, au Conseil de surveillance, par lequel le médecin doit être entendu en ses explications.

Art. 28. — Les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être blâmés ou réprimandés par le Préfet de la Seine, après avis du Conseil de surveillance. Ils peuvent être destitués par le Ministre de l'intérieur, après avis du Conseil de surveillance. En cas d'urgence, le Préfet peut prescrire la suspension provisoire d'un médecin. Le médecin destitué ne peut plus faire partie du personnel médical des bureaux de bienfaisance.

Art. 29. — Les fonctions de médecin d'un bureau de bienfaisance sont incompatibles avec celles d'administrateur.

Art. 30. — Les sages-femmes sont nommées par le Préfet de la Seine, sur la *proposition des commissions administratives*. Elles ne peuvent être révoquées que par le Préfet de la Seine, après avis des commissions administratives. Elles sont tenues à la résidence dans l'arrondissement où elles exercent leurs fonctions.

Le chapitre IV vise les catégories de personnes à secourir. Les plus heureuses dispositions sont celles, si longtemps réclamées, qui suppriment les anciennes catégories d'indigents qui donnaient lieu à tant d'abus, et celles qui décident qu'à la fin de chaque année la Commission administrative fera procéder à une révision de la liste des personnes à secourir.

© BIU Santé

Nous avons été surpris, à propos de la distribution des secours, de ne pas trouver dans le décret une disposition qui existait dans le projet du Conseil municipal, dans celui du Conseil de surveillance et, chose plus extraordinaire, dans le premier projet du ministère de l'intérieur. Cette disposition, qu'il est regrettable d'avoir vue disparaitre, est relative aux secours en travail.

L'article 45 donne satisfaction à une réclamation depuis longtemps faite par les médecins des bureaux de bienfaisance Il permet à ces bureaux d'assurer l'assistance d'une nourrice aux enfants des femmes accouchées à leur domicile et qui sont reconnues dans l'impossibilité d'allaiter. Ce secours spécial sera délivré d'urgence, à titre provisoire, et jusqu'à ce que la Commission administrative en ait délibéré, sur une simple demande faite par le médecin et visée par l'ordonnateur.

Notons en passant une disposition qui permet aux bureaux de bienfaisance de faciliter l'admission des indigents dans les sociétés de secours mutuels, notamment en leur fournissant la somme nécessaire pour payer leur droit d'entrée, et aussi la possibilité pour les bureaux d'instituer des secours spéciaux pour « frais de route et de rapatriement, loyers, apprentissage, admission dans les orphelinats, stations méridionales, établissements thermaux, stations maritimes et autres établissements de bienfaisance. »

Le chapitre VI est relatif à l'assistance médicale, en voici le texte :

Art. 56. — Le service de santé dans les maisons de secours comporte des consultations et des soins médicaux qui sont donnés par les médecins, aux indigents, à des jours et heures déterminés.

Art. 57. — Les médecins sont chargés du traitement des malades soit à domicile, soit dans les salles de consultation. Ils sont tenus de fournir les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'Administration.

Art. 58. — Les sages-femmes chargées des accouchements à domicile sont sous la surveillance du médecin de la circonscription, elles doivent l'appeler quand les accouchements présentent des difficultés. Elles sont tenues de consigner sur un registre spécial les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'Administration.

Art. 59. — Le personnel secondaire des maisons de secours est l'auxiliaire du personnel médical pour les pansements et autres détails du traitement. Il visite à domicile les indigents malades.

Art. 60. — L'assistance médicale à domicile est accordée à titre provisoire, en suite d'une simple demande adressée au secrétariat du bureau de bienfaisance. Les médecins et les administrateurs divisionnaires sont immédiatement informés des demandes qui les concernent par les soins des secrétaires-trésoriers.

Art. 61. — Une commission dite du *service médical* est formée du président ou du vice-président de la Commission administrative, d'un administrateur et d'un médecin désignés par la Commission administrative et du secrétaire-trésorier. Elle se réunit chaque semaine pour prendre connaissance de tout ce qui concerne le service des malades ; elle décide si l'assistance médicale doit être continuée ou suspendue, et statue sur les secours pécuniaires ou autres à accorder aux malades. Le président de la commission du service médical est ordonnateur secondaire des secours pécuniaires. Il délivre des mandats dans les conditions prévues à l'article 41. En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, des secours peuvent être délivrés sur bons en nature ou sur mandats en argent du président de la commission, qui lui en rend compte à sa première réunion.

Art. 62. — Les médicaments prescrits par les médecins aux indigents assistés leur sont délivrés gratuitement. Les médicaments provenant de la pharmacie centrale des hôpitaux sont délivrés dans les dépôts créés près les établissements de secours qui dépendent des bureaux de bienfaisance. Les autres médicaments sont délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement fournisseurs des bureaux de bienfaisance. Les ordonnances des médecins mentionnent expressément si les médicaments doivent être délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement ou par le dépôt administratif, selon les distinctions prévues à l'art. 80. Les médecins sont autorisés, dans le cas d'urgence, à mentionner sur les ordonnances qu'elles seront servies, sans distinction, par le premier pharmacien auquel s'adressera l'indigent.

Art. 63. — La Commission du service médical rend compte à la Commission administrative, à la fin de chaque trimestre, de la situation du service. Elle propose le vote des crédits nécessaires ; ces crédits comprennent l'ensemble de toutes les dépenses occasionnées par le service des malades.

Art. 64. — Le président de la Commission du service médical est chargé de la désignation pour être envoyés aux asiles de Vincennes et du Vésinet des ouvriers et ouvrières en état de convalescence, ayant leur domicile de secours à Paris qui, pendant le temps de leur maladie, auraient été traités à domicile.

Enfin, l'article 80 porte que les médicaments sont fournis aux bureaux de bienfaisance, soit par la pharmacie centrale des hôpitaux et à charge de remboursement, en ce qui concerne les remèdes magistraux, soit par les pharmaciens de l'arrondissement, en ce qui concerne les remèdes officinaux. — Sont seuls admis à fournir des médicaments, les pharmaciens de l'arrondissement qui ont accepté le tarif fixé par l'Administration et se sont soumis à l'avance aux mesures de contrôle qu'elle croirait devoir prescrire. Le tarif d'après lequel les fournitures sont payées aux pharmaciens est préparé par le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, et fait l'objet d'un arrêté préfectoral ; il est révisé tous les ans.

En terminant l'examen de ce document important, nous devons de nouveau répéter qu'il modifie trop peu le déplorable état de choses actuel et qu'il est nécessaire qu'à bref délai des modifications plus sérieuses soient apportées dans l'organisation du service des secours à domicile. Espérons que les malheureux n'attendront pas encore trente-sept ans pour voir arriver ces réformes. Gabriel Robinet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 septembre 1886. — Présidence de M. Fizeau.

M. Marey fait, en commun avec M. Dumeny, *l'analyse cincinatique de la course de l'homme*. La trajectoire de la hanche présente, dans un pas complet, la forme d'une ligne sinueuse à quatre courbures, à savoir : deux concavités tournées en haut correspondant aux appuis, ainsi qu'à des minima d'élévation, et deux convexités correspondant aux suspensions et à des maxima d'élévation de la masse du corps au-dessus du sol. La trajectoire du genou résulte de celle de la hanche, modifiée par les effets de la flexion de la cuisse, dont le déplacement angulaire peut atteindre 90°. Enfin, la cheville, pendant le lever du pied, suit une trajectoire qui résulte de la composition de celle du genou avec les mouvements angulaires de la jambe sur la cuisse. Durant la première moitié du lever, le genou est fléchi d'autant plus que l'allure est plus rapide : certains coureurs arrivent ainsi à faire toucher du talon la partie basse des fessiers. Dans la seconde moitié de l'ap-

© BIU Santé

pui, la jambe s'étend sur la cuisse ; mais, au moment où le pied touche le sol, elle est encore légèrement fléchie et presque verticale. Quelle que soit la vitesse de la course, la forme des différentes trajectoires conserve ses principaux caractères.

M. Saint-Remy étudie *la structure des centres nerveux chez les arachnides.* Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 septembre 1886.— Présidence de M. Sappey.

M. Polaillon présente le malade auquel il a pratiqué la *taille stomacale.* La guérison a été complète au bout de 20 jours et s'est effectuée sans aucun accident ; la seule particularité à noter est un léger ictère survenu dès les premiers jours de l'opération et dû, probablement, à une construction spasmodique des canaux biliaires sous l'influence du traumatisme de l'estomac. A l'heure actuelle, les fonctions digestives s'accomplissent avec régularité ; il n'y a aucune douleur, ni spontanée ni à la pression, ni dans les mouvements et changements du corps ; il est donc permis de présumer qu'il n'existe aucune adhérence entre l'estomac et la paroi abdominale et que cet organe libre dans la cavité péritonéale a repris dans toute son intégrité ses fonctions physiologiques.

M. J. Chatin fait une communication sur la *ladrerie du mouton.* En effet, dans les derniers temps, l'attention avait été attirée par un travail de Cabbold qui semblait admettre l'existence des cysticerques chez le mouton et détruisait ainsi l'idée que l'on se faisait de l'innocuité absolue de la viande de mouton. Or, le *cysticercus ovis* décrit comme pouvant donner naissance chez l'homme à un tænia spécial, le *tænia tenella* est presque inconnu et son existence semble fort contestable. Quant à l'argument tiré de la fréquence du tænia en Algérie, pays où l'on fait une grande consommation de mouton, il ne peut résister à l'examen des faits : le tænia algérien n'étant qu'une variété du tænia medio-conellata ou tænia du bœuf. M. Chatin conclut donc que l'on peut, comme par le passé, administrer sans crainte de la viande de mouton aux malades et qu'il n'y a aucun danger de transmission de la ladrerie du mouton à l'homme.

M. Luys expose à l'Académie les résultats de ses recherches sur la mensuration du crâne et la nouvelle méthode dont il s'est servi. Il donne en même temps la description des nouveaux appareils qu'il a fait construire à cet usage. Ceux-ci sont conçus d'après les mêmes principes que le conformateur des chapeliers et le profilomètre des sculpteurs. Ils sont au nombre de trois et constitués, d'une façon générale par des séries de clavettes fixées dans un cadre et susceptibles de rester en place au moyen d'écrous lorsqu'une fois l'instrument a été appliqué sur une surface courbe. Quand la mensuration de la courbe céphalique est faite on peut, en suivant avec un crayon la ligne des clavettes, obtenir le graphique de la courbe inscrite. On obtient avec ces instruments les trois diamètres : antéro-postérieur, circulaire, bi-auriculaire. Les principales conclusions qui ressortent des tableaux céphalométriques dressés à l'aide de ces instruments sont celles-ci :

1° A l'aide d'une série de chiffres exprimant les longueurs céphalométriques de tel ou tel diamètre, on peut établir un chiffre moyen pour chacun d'eux, et s'en servir comme d'un axe graphique autour duquel viennent osciller les mensurations individuelles minima et maxima ;

2° On prend ainsi les moyennes successives pour un plan donné, soit le plan fronto-occipital ou circulaire, ou bi-auriculaire, et, en totalisant ces moyennes, on obtient une moyenne générale dont le chiffre indique la valeur numérique des mensurations céphaliques de tel ou tel individu.

On arrive ainsi à reconnaître qu'il y a des lignes compensatrices ; que tel individu qui présente tel ou tel diamètre au-dessous de la moyenne, reprend l'avantage par tel autre diamètre et acquiert ainsi une égalité relative ;

3° Les moyennes totalisées du cerveau masculin sont supérieures à celles du cerveau féminin, prises dans les mêmes conditions, dans les rapports de 100 à 95 ;

4° Sur un groupe d'aliénés composé de trente-neuf sujets, les moyennes céphalométriques ont été supérieures à celles d'un groupe de quarante sujets normaux ; ce fait étrange, qui n'est peut-être qu'une coïncidence, a besoin d'être vérifié sur un plus grand nombre d'observations ;

5° Ces nouvelles méthodes de mensurations céphaliques pourront être utilisées.

Chez les écoliers, à l'étude du développement cérébral annuel et à la détermination des individualités incomplètement développées, dont la paresse apparente et l'inaptitude aux travaux intellectuels n'est, la plupart du temps, que l'effet d'une imperfection du développement cérébral ou d'une tare héréditaire.

Pour la détermination plus exacte des caractères de l'identité. En prenant d'une façon plus précise les mesures céphalométriques chez les individus réputés criminels, on arrivera ainsi à des révélations inattendues, et à créer des matériaux vraiment scientifiques destinés à servir de base à l'anthropologie criminelle.

M. Larrey, tout en félicitant M. Luys de sa très intéressante communication, regrette qu'il n'ait pas fait précéder la description de son ingénieux appareil par un aperçu historique des divers instruments dont on s'était servi jusqu'ici pour la mensuration du crâne ; il aurait voulu notamment entendre citer Broca qui avait construit un appareil ayant beaucoup d'analogie avec ceux inventés par M. Luys.

M. Luys répond qu'il connaît parfaitement tous les appareils construits et utilisés jusqu'à lui ; s'il n'en a pas parlé c'était d'abord pour ne pas fatiguer inutilement l'Académie et ensuite parce que, après les avoir essayés, il avait reconnu qu'aucun d'eux ne répondait au but qu'il cherchait et que les résultats qu'il en avait obtenus avaient toujours été mauvais. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 avril 1886. — Présidence de M. Brault.

35. Tuberculose des capsules surrénales. — Tuberculose pulmonaire. — Endocardite rhumatismale. — Méningite ; par E. Graverby, interne des hôpitaux.

Le nommé Serv..., Alexandre, âgé de 20 ans, entre le 11 décembre 1885, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, lit n° 18, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche datant de trois mois.

Quand nous voyons le malade, il existe des ulcérations par lesquelles un stylet pénètre dans l'articulation métatarso-phalangienne, dont les surfaces osseuses ont perdu leurs cartilages de revêtement. M. Després fait panser avec des bandelettes de diachylon et fait maintenir le gros orteil, autant que possible, dans l'immobilité au moyen d'une attelle.

Le malade est très amaigri et présente un état cachectique assez prononcé. L'auscultation fait découvrir des craquements humides au sommet du poumon droit. A gauche, nous trouvons, au sommet, de la matité et de l'expiration prolongée.

L'articulation fémoro-tibiale du côté droit présente une déformation rachitique : la jambe est portée dans l'abduction sur la cuisse.

Mais ce qui frappe tout particulièrement dans l'aspect extérieur du malade, c'est une teinte brunâtre de la peau, à laquelle nous n'attachons pas cependant tout d'abord une grande importance.

A la fin de février, le malade est atteint de douleurs rhumatismales peu intenses dans diverses articulations. Au bout de quelques jours, il se plaint d'oppression, et nous entendons, à l'auscultation du cœur, un souffle qui occupe tout le premier temps et dont le maximum se per-

© BIU Santé

çoit au foyer d'auscultation des bruits mitraux. Un vésicatoire est appliqué sur la région précordiale. Puis les phénomènes rhumatismaux s'apaisent, mais le souffle mitral persiste.

Depuis quelques jours, le malade avait perdu l'appétit, il vomissait, lorsque le 17 avril il est pris de phénomènes méningitiques : vomissements, rétraction du ventre, contractures, délire, cris, ralentissement du pouls, coma, et le 22 avril il meurt.

La teinte brunâtre de la peau était allée en s'accentuant. La région où l'on avait appliqué le vésicatoire tranchait par sa pigmentation très prononcée sur les parties voisines. Sur différents points du corps, notamment sur des cicatrices qui siégeaient au niveau du membre inférieur droit, la pigmentation était aussi très manifeste. Nous n'avons pas recherché la pigmentation au niveau des muqueuses buccale et palatine.

Nous pratiquons l'Autopsie le 23 avril. Nous trouvons de la congestion et en même temps un aspect trouble des méninges, surtout le long des vaisseaux ; mais nous n'avons pas vu de granulations tuberculeuses.

Le poumon droit présente au sommet des tubercules ramollis et quelques petites cavernes. Au sommet du poumon gauche, tubercules à l'état cru.

A l'ouverture du cœur, nous trouvons sur le bord libre de la valvule mitrale un bourrelet de petites granulations rosées qui explique le souffle perçu pendant la vie.

Mais à cause de la mélanodermie, nous dirigeons notre examen vers les capsules surrénales. Celles-ci sont volumineuses, dures, blanches et de consistance très ferme. Elles opposent une assez grande résistance à la coupe ; il semble que l'on porte le scalpel sur un tissu fibreux.

On ne constate plus de délimitation entre la substance corticale et la substance médullaire ; ces deux substances sont confondues et forment une masse blanche, au centre de laquelle nous trouvons, sur les deux capsules et dans toute leur longueur, une grande quantité de petits dépôts de couleur jaune verdâtre, caséeux, d'aspect crémeux et d'une consistance très molle. La substance de ces dépôts ressemble beaucoup aux masses tuberculeuses que l'on trouve dans les poumons lorsqu'elles sont sur le point de s'éliminer.

L'examen microscopique n'a pas été pratiqué ; mais peut-être s'agit-il, dans ce cas, d'une tuberculisation des capsules surrénales en rapport avec la mélanodermie ?

36. M. Jacquet présente les pièces d'une malade morte de *cancer de l'estomac* avec *cirrhose hypertrophique graisseuse du foie*, dans le service de M. Besnier à St-Louis. Cette femme était entrée à l'hôpital pour un œdème généralisé avec ascite. Elle niait tout excès alcoolique et mourut dans la cachexie sans avoir jamais eu de vomissements. A l'autopsie, on trouva une infiltration cancéreuse de la muqueuse de l'estomac s'étendant aux deux premiers tiers de cet organe. Les orifices sont libres et il n'y a pas d'ulcération ; toute la partie malade offre une coloration noire ardoisée qui existe également dans les granulations de la face péritonéale de l'estomac et qui pourrait faire penser à une tumeur mélanique. Mais les ganglions correspondants, très volumineux et envahis par le néoplasme, ne renferment pas de matière noire. Le foie est gros et d'une couleur jaune d'or. En le pressant, on fait suinter des gouttes de graisse sur une surface de section ; mais il est en outre très dur, coriace, et résiste au doigt qui cherche à le déchirer.

M. Darier a fait l'examen histologique de la tumeur stomacale et l'a trouvée constituée par du carcinome encéphaloïde type. Les coupes qu'il présente montrent l'absence complète de toute mélanose, ce que pouvait faire prévoir l'absence de coloration noire des ganglions. Mais un grand nombre des alvéoles du carcinome sont remplis de sang épanché, ce qui explique la teinte qu'offre la tumeur à l'œil nu.

37. Microtome de précision, présenté par M. Letulle, au nom de M. A. Duprat, interne des hôpitaux.

Le microtome que nous avons l'honneur de présenter à la Société se compose d'un microtome à main de Ranvier monté sur un socle et muni d'une vis micrométrique dont chaque pas correspond exactement à un millimètre ; à sa partie inférieure, cette vis est munie d'un cercle divisé en centièmes de millimètre, dont le tour complet performe un millimètre ; un des montants de l'appareil porte une graduation en millimètres et est muni d'un petit curseur qui embrasse le cercle gradué de la vis et accompagne celle-ci dans sa course en indiquant de combien elle s'est élevée ou abaissée.

Le tube de l'instrument est formé de trois tubes concentriques dont le plus petit a un centimètre de diamètre et le plus grand (qui fait corps avec l'appareil) quatre centimètres ; muni à sa partie inférieure d'un petit cran qui correspond sur l'autre à une échancrure, ces tubes s'emboitent l'un dans l'autre dans une position fixe. A chaque diamètre des tubes correspond un refouloir de même dimension.

A la platine est adaptée une lame tranchante circulaire et excentrique tournant autour d'un point fixe, ayant une course d'environ 20 centimètres, que l'on met en mouvement au moyen d'un manche mobile ; la lame est fixée par deux écrous, placés l'un au-dessus de l'autre qui servent, l'un pour établir la pression du couteau, l'autre pour la maintenir.

Entre l'écrou inférieur et la partie supérieure du centre de mouvement de la lame se trouve un disque métallique qui repose sur un ressort plein dont le rôle est d'harmoniser la pression exercée sur le couteau.

38. M. Letulle présente en outre des coupes histologiques, faites à l'aide de cet instrument, d'un *carcinome primitif de la vésicule biliaire* propagé d'une part au foie et d'autre part au côlon transverse, lequel adhérait à la masse néoplasique. Les glandes de Lieberkuhn du côlon ont pour la plupart conservé leur forme, mais leurs cellules proliférées et déformées prennent les caractères des cellules dites cancéreuses.

M. Brault se demande si, dans les points ainsi altérés, il n'y aurait pas une véritable végétation cancéreuse, un nodule carcinomateux, au lieu de la tranformation des cellules par influence à distance que semble admettre M. Letulle.

Séance du 14 mai 1886 (1). — Présidence de M. Cornil.

2. M. Poirier décrit, avec pièces à l'appui, *deux nouvelles bourses séreuses* qu'il a découvertes au *genou*. Ces bourses séreuses sont situées, l'une entre le ligament latéral interne de l'articulation et le fémur, l'autre entre ce même ligament et le tibia. Elles sont séparées l'une de l'autre par l'insertion du ménisque interarticulaire au ligament latéral interne. On admettait généralement la présence en ce point d'un prolongement de la synoviale articulaire.

3. Cancer latent de l'estomac ; par F. de Grandmaison, interne provisoire.

Le nommé Auz... Alexis, âgé de 68 ans, journalier, entre le 27 mars 1886 à l'hôpital Broussais (service de M. Talamon).

Ce malade a passé trois semaines à l'hôpital Necker au mois de février, il en est sorti dans les premiers jours de mars et pendant quinze jours il a été sans ressources et incapable de travailler. Il entre à Broussais.

Très maigre, présentant un teint jaune paille très net il a conservé l'appétit et ne présente aucun trouble pulmonaire et cardiaque. Il n'a jamais eu de vomissements, ni d'hématémèse ; il va assez régulièrement à la selle. Malgré l'absence de signes positifs on diagnostique un carcinome, dont il est impossible de préciser le siège. M. le Dr Talamon, chef de service, alimente le malade et lui prescrit du vin de quinquina.

Vers le 10 avril, on voit apparaître au niveau de l'angle

(1) La séance du 7 mai a paru dans le nº 27 du *Progrès médical*.

© BIU Santé

de la mâchoire à droite et de la région carotidienne du même côté, trois ou quatre ganglions volumineux absolument indolents et que M. Talamon considère comme atteints de dégénérescence cancéreuse.

Le 7 mai, le malade meurt après avoir présenté dans les deux poumons les signes d'une broncho-pneumonie qui s'est développée depuis cinq ou six jours et dont le développement a coïncidé avec la perte de l'appétit, l'élévation de la température et l'établissement d'un délire tranquille.

A l'AUTOPSIE, on constate que la courbure de l'estomac et les deux moitiés inférieures de sa face antérieure et de sa face postérieure sont envahies par une masse carcinomateuse volumineuse, large comme les deux mains, présentant une épaisseur de trois à quatre centimètres et qui, quand on la regarde après avoir fendu la grande courbure de l'estomac, présente l'aspect d'un carcinome colloïde. Le pylore et le cardia sont intacts. Les poumons présentent aux deux bases des lésions de broncho-pneumonie, et le cœur, qui au moment de la mort se trouvait en systole, n'est pas altéré; il est petit, mais l'aorte est dilatée, au-dessus de l'orifice aortique dans une étendue de 4 à 5 centimètres surtout. La rate, les reins et le foie sont sains et normaux.

4. M. REGNAULT présente un *cancer de l'estomac* et des *ovaires kystiques* trouvés à l'autopsie d'une femme de 51 ans. Depuis 3 ans elle avait souffert de vomissement, et depuis 3 mois d'ascite; la cachexie survint et l'on put constater que le ventre était douloureux et qu'il existait une tumeur au-dessus de l'ombilic.

L'AUTOPSIE fit découvrir un kyste prolifère, multiloculaire de l'un des ovaires, qui pèse 720 gr.; un fibro-myome de l'utérus; et un cancer de l'estomac. L'examen histologique des pièces a été fait par M. Albarran au Collège de France. En voici le résultat :

Estomac. Carcinome colloïde. Dans les points examinés, l'altération porte surtout sur la muqueuse et la sous-muqueuse; la couche musculaire n'est envahie que dans certains points. Comme toujours les alvéoles sont très distincts; quelques-uns ne contiennent plus d'éléments cellulaires; d'autres en ont encore un petit nombre englobés dans la substance muqueuse et ce n'est que dans les parties les plus jeunes de la tumeur que l'on peut bien reconnaître les cellules. On peut suivre pas à pas leur dégénérescence et voir dans les alvéoles une substance muqueuse incolore englobant des détritus cellulaires, et par places, des blocs plus réfringents, homogènes, colorés en jaune par le picro-carmin. Le stroma de la tumeur est dissocié dans certains points par un œdème muqueux; les faisceaux conjonctifs eux-mêmes sont dégénérés et on les voit présenter l'augmentation de volume, la réfringence spéciale qu'ils ont quand on les traite par l'acide acétique.

Ovaire. Kyste multiloculaire. La pièce est assez altérée. Les kystes qui ont conservé leur épithélium sont revêtus de cellules caliciformes; leur contenu est muqueux, grenu; dans quelques-uns d'entre eux nous avons vu de petits blocs homogènes colorés en jaune par le picro-carmin, ce qui n'est pas très rare dans ce genre de kystes. Dans un point le stroma de la tumeur présente un œdème semblable à celui de la tumeur stomacale, mais il n'y a pas dégénérescence cancéreuse de l'ovaire.

Les *plaques du péritoine* sont formées de tissu embryonnaire; par endroits, infiltration cancéreuse.

5. M. DAGRON a observé à l'hôpital Cochin un homme manifestement tuberculeux de par les signes qu'on pouvait constater à ses sommets. On reconnut en outre la présence d'un épanchement dans la plèvre droite. Après la résorption du liquide, on vit persister à la partie moyenne du poumon droit un souffle très rude. Peu à peu survint de la dyspnée, de la dilatation cardiaque avec souffle tricuspidien et le malade mourut en asystolie. Cet homme était nacrier de son métier, mais affirmait n'être pas exposé à l'inhalation de poussières.

A l'AUTOPSIE on trouva outre les lésions tuberculeuses des sommets une sclérose du poumon droit, une *pneumonie interstitielle ardoisée*; M. Gombault, qui en a fait l'examen histologique, y a trouvé des parois alvéolaires épaissies entourant des amas de matière caséeuse. Le poumon gauche est aussi altéré, mais dans une moindre étendue. A l'examen du cœur on vit que la valvule tricuspide n'offrait aucune lésion apparente; elle mesurait 13 cent. de circonférence.

Pour M. CORNIL l'intérêt de ce cas réside non dans la lésion pulmonaire, qui est commune, mais dans l'insuffisance purement fonctionnelle de la valvule tricuspide s'accompagnant d'une hypertrophie du ventricule droit dont les parois mesurent un centimètre d'épaisseur.

6. Rein unique tuberculeux; par M. Aristote LIMPÉROPOULO, externe des hôpitaux.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, garçon boucher, dont les antécédents ne présentent rien de bien spécial.

Sa santé était bonne habituellement, lorsque, le 9 février, pris de courbature, d'un malaise général, d'un point de côté à gauche, de frissons et de fièvre, il entre à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. le professeur Hardy.

En examinant le malade à ce moment, on constate les symptômes et les signes physiques d'une pleurésie gauche avec épanchement.

Après l'application de quelques ventouses scarifiées, le point de côté a disparu; mais l'épanchement étant considérable, la thoracentèse a paru nécessaire. Pratiquée avec soin le 27 février, on a tiré 2 litres de liquide citrin, séro-fibrineux. A ce moment, on a pu constater des craquements au sommet du poumon gauche; néanmoins, l'état général du malade ne paraît pas très mauvais et ses diverses fonctions s'exécutent convenablement. La dyspnée fait défaut et la fièvre est modérée. Les jours suivants, les choses restent en l'état.

Dès les premiers jours de mars, l'épanchement paraît augmenté. Toutefois, bien que le malade soit un peu affaibli, comme il n'accuse aucun trouble fonctionnel inquiétant, on continue à porter un pronostic bénin.

Le 16 mars, la scène change, le malade est pris de dyspnée, le cœur est fortement dévié à droite, et une seconde ponction est pratiquée; on lui tire 1,500 grammes de liquide verdâtre, un peu louche.

A partir de ce moment, la fièvre est plus intense, les traits du malade se creusent, les yeux s'excavent, le pouls est fréquent, la respiration haletante; enfin, le malade est secoué par des frissons, et son état général est sensiblement aggravé. Il est certain qu'il s'agit d'une modification dans le nouveau liquide reproduit par la plèvre.

Si l'on examine le malade à ce moment, l'on constate de l'œdème à la paroi gauche du thorax. Dans son ensemble, l'état du malade indiquait la présence de liquide purulent dans la plèvre, et après une troisième ponction, l'empyème pratiqué le 10 avril donna issue à 2 litres et demi de liquide purulent.

Le 10 mai, malgré l'emploi méthodique des moyens usités en pareille circonstance (lavage boriqué, et au sublimé), le malade a succombé, et j'ai pu faire son autopsie.

Alors, j'ai pu constater, sous la direction de M. Gaucher, chef du laboratoire de M. le professeur Hardy, que la plèvre gauche était recouverte de fausses membranes purulentes, le poumon gauche ratatiné et sclérosé; au sommet, il renfermait des tubercules gris, quelques granulations tuberculeuses agglomérées et des petits tubercules anciens crétacés. Les mêmes lésions tuberculeuses très minimes existaient au sommet du poumon droit; ce poumon était congestionné et renfermait du pus dans les bronches.

Les autres organes étaient sains, le foie un peu gras.

Après ce résumé de l'observation, nécessaire à plusieurs points de vue, je passe à l'examen des reins, dont l'anomalie fait mon principal sujet.

Nous voyons d'abord que cette anomalie consiste dans la réunion des deux reins en avant de la colonne vertébrale par leur extrémité inférieure, de manière à former un

© BIU Santé

fer à cheval, dont la concavité tournée en haut et en arrière embrasse la colonne lombaire. La réunion a lieu non par une simple fusion, mais par l'intermédiaire d'une substance intermédiaire formant une sorte de pont. On dirait, en l'examinant de près, qu'elle a la forme d'un troisième rein bien distinct. Elle a en effet la forme d'un haricot, et on peut lui décrire un bord externe convexe, arrondi, courbe, et un bord interne concave, légèrement échancré, où ne pénètrent pas de vaisseaux, et deux faces. Mais, en réalité, il n'y a que deux reins réunis, ayant des vaisseaux et des uretères propres; les organes urinaires sont simplement adhérents par leurs extrémités inférieures et comme réunis bout à bout. Les rapports des deux reins sont normaux.

En outre, la partie droite de ce rein présente un foyer tuberculeux, ramolli à son centre, pouvant atteindre les dimensions d'une noisette et situé à l'union de la substance corticale avec la substance médullaire. On trouve des granulations tuberculeuses disséminées dans la substance corticale. J'ajoute, pour terminer cet exposé rapide, que cet état du rein a passé entièrement inaperçu du vivant du malade. Aucune gêne de la miction n'en résultait, et l'urine ne contenait qu'à la fin de sa maladie une légère quantité d'albumine, qui a même été mise au compte de la fièvre.

59e CONGRÈS DES NATTRALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

(Session de Berlin).

M. Krause (Halle) : *Modifications subies par les nerfs de la moelle épinière après les amputations.* Si l'on sectionne la moelle épinière, un processus dégénératif rapide se montre dans les nerfs périphériques. Bientôt le cylindre-axe a disparu; la moelle se désagrège et est résorbée. La dégénération wallérienne ne se montre pas au bout central au dessous de la section, tout au plus en trouve-t-on des traces dans le voisinage immédiat de la section. Quant aux nerfs qui se trouvent dans un moignon d'amputation, ils ne sont jamais tout à fait normaux. Ils présentent un processus atrophique particulier jusqu'ici resté inconnu. Hayem a prétendu que dans les nerfs de membres amputés on pouvait observer de colossales quantités de fibrilles nerveuses de nouvelle formation. On a aussi des observations variées sur les transformations subies par la moelle épinière après une amputation, les uns trouvent des processus atrophiques dans les cordons antérieurs, les autres dans les cordons postérieurs et aussi dans les cornes postérieures. L'orateur a examiné avec Friedländer à Berlin 9 moignons d'amputés. L'examen a été fait à un moment qui a varié entre le 10e jour et le 10e mois après l'amputation. Voici les modifications observées. Sur une coupe transversale de nerfs, on trouve à l'état normal une fibrille avec cylindre-axe à côté de l'autre, on ne trouve pas d'abord de fibres de Remak. Sur les coupes dans les moignons d'amputés on observe un durcissement frangé à la coupe (Zackige Verhärtung). On voit des parties opaques alterner avec des parties claires. Avec un fort grossissement, on s'aperçoit que les parties opaques représentent les fibres normales à cylindre-axe, et les claires des fibres atrophiques. Dans ces dernières on ne trouve plus qu'une indication du cylindre-axe sous forme d'un filament central, on ne trouve plus de portion médullaire normale. Que veut dire cet aspect frangé de la coupe? Quelles sont les fibres détruites? On s'aperçoit que les nerfs sensibles représentent ces dernières, tandis que les fibres motrices restent intactes. On s'en assure en constatant que les racines antérieures ne présentent pas de transformations qualitatives. Si on pense aux modifications de l'organe central, la racine et la moelle épinière, on voit, après une amputation de cuisse, un amincissement de la partie postérieure, cette atrophie macroscopique se montre dans la moelle lombaire d'abord, elle réduit d'un tiers le volume de la moelle. Plus haut, dans la moelle thoracique inférieure, l'atrophie est encore plus marquée. Les cordons postérieurs n'ont que la moitié de leur volume normal. On ne peut trouver de différence qualitative. Il y a donc en thèse générale, disparition de filets nerveux. Nous avons en outre observé une augmentation du noma des noyaux, nous pensons que cela vient du fait qu'un nombre normal de noyaux se trouve alors distribué sur un plus petit espace. Dans la partie lombaire de la moelle, on ne trouve aucune différence quantitative ou qualitative (1) Dans la substance grise, on voit à l'endroit correspondant aux cordons postérieurs dégénérés de la moelle thoracique, une atrophie marquée des cornes postérieures de la moelle lombaire. Dans la partie ganglionnaire, on voit avec un faible grossissement un amincissement de la corne antérieure. Le groupe des cellules ganglionnaires, n'est pas amoindri dans le côté correspondant à l'amputation. Mais, il y a une diminution évidente des cellules ganglionnaires dans le groupe latéral postérieur de la corne antérieure. Le rapport entre un côté et l'autre varie entre 1 à 3 et 1 à 2. Une autre modification atteint la colonne de Klark, c'est-à-dire les cellules de la partie antérieure de la corne postérieure. Elles vont de la moelle lombaire supérieure à la partie inférieure de la moelle thoracique, cette colonne est visiblement amincie. Du côté sain il y a deux fois plus de cellules que du côté malade. Il y a donc lieu de constater qu'il n'existe pas une atrophie par inaction pure, car alors le trajet moteur aurait dû être détruit aussi, ce qui n'est pas ce cas. Les fibres sensibles seules sont lentement détruites par l'atrophie. Toutes les fibres nerveuses allant à la partie amputée ne dégénèrent pas, mais uniquement celles qui se rendent dans les appareils terminaux de la sensibilité tactile (corpuscules du tact). On trouve des faits analogues dans l'atrophie du nerf optique. L'image du nerf optique atrophié ressemble absolument à ce que les auteurs ont trouvé dans les parties atrophiées des nerfs des moignons d'amputation.

(1) Sans doute partie lombaire *inférieure*, car plus haut on parle de modifications dans cette partie. *(Note du traducteur).*

M. Hitzig (Halle). *Sur les fonctions du cerveau* proprement dit. L'orateur cherche à répondre à cette question: « Y a-t-il des centres moteurs dans le cerveau, et quelle est leur fonction? » Il trouve qu'il faut répondre oui, et les chercher dans la partie corticale, car des expériences portant sur les parties indiquées par Fritsch et par lui sont généralement considérées comme ayant été suivies de succès. Pour savoir si c'est bien dans la partie corticale que se trouvent les centres, on tiendra compte des expériences de Bubnoff et Heidenhain, de Frank et Pitres. Le temps de réaction est plus long si l'on agit sur une partie de l'écorce encore intacte, et la courbe (1) est différente de celle qu'on obtient si l'on fait agir la même irritation sur la partie sous-corticale après ablation de l'écorce; les résultats obtenus par l'empoisonnement par la morphine ne s'obtiennent plus si l'écorce a été extirpée.

Ces résultats nous prouvent qu'il y existe une excitabilité propre de l'écorce cérébrale. L'explication compliquée de Schiff ne peut tenir debout: il admet qu'un centre sous-cortical placé quelque part, réunit en lui les courbes centripète et centrifuge d'un arc réflexe, après que ces deux courbes ont pendant quelque temps parcouru l'écorce immédiatement sous la surface. Cette explication est destinée à sauver la doctrine de la substance kinésodique, qui est peu défendable sans cela. Les conséquences de la théorie de Schiff ne résistent pas au contrôle expérimental. Il est donc au moins vraisemblable qu'il existe des centres moteurs corticaux. On néglige les essais avec des actions faiblement paralysantes, et on suspecte à tort les excitations obtenues par l'électricité. Pour les influences paralysantes, Goltz leur accorde une action à distance; il a donc le devoir de nous dire à quel endroit s'est produit, en dehors du point de la surface soumis à l'expérience, cette irritation mécanique qui permet à l'expérimentateur de réussir. On prétend aussi qu'il serait possible de paralyser isolément un membre du même côté, que ce membre soumis à l'expérience, c'est-à-dire qu'on observerait une parésie de la patte postérieure quand il y a paralysie de la patte antérieure: cela n'est pas probable. L'orateur a réussi en piquant le gyrus sygmoïde d'un chien en différents endroits, à obtenir des troubles moteurs séparés de la patte antérieure et de la patte postérieure. L'extrémité médiane de la partie postérieure du gyrus préside aux mouvements de la patte postérieure, le quart latéral de la partie antérieure du gyrus agit sur la patte antérieure. En fait, il n'y a pas deux centres placés isolement côte à côte pour les pattes antérieure et postérieure, mais un enchevêtrement des deux centres, ce que prouvent les recherches de Panetti. L'orateur déclare être à peu près d'accord avec Taner et sa théorie des localisations. La question de la restitution de ces centres dérive immédiatement du fait de l'existence de ces centres corticaux localisés. La restitution d'une fonction jadis disparue prouvera qu'un centre éloigné existe pour cette fonction, mais ne prouve pas que la partie primitivement atteinte était le centre primitif de la fonction. L'orateur est en mesure d'affirmer qu'après une extirpation totale du gyrus sygmoïde, les troubles des extrémités de nom contraire et du même côté ne disparaissent jamais complètement. Il a conservé des chiens pendant 2 ans après l'opération et constaté une position anormale de l'extrémité, un manque de réaction contre les mouvements communiqués, une flaccidité qui faisait pendre la patte pardessus le bord de la table. Les mouvements spécialement subordonnés à des incitations volontaires sont inexécutables. Ce dernier point a été élucidé de la façon suivante: il suspend le chien (in der Schwebe? !), comme l'ont fait après lui Schiff, Bianchi et Luciani, puis il approche de ce chien, auquel préalablement a été enlevé le gyrus sygmoïde gauche, des aiguilles longues et pointues,

(1) Zuckungskurve.

© BIU Santé

dont le chien a déjà eu l'occasion de sentir l'acuité : l'animal alors se défend avec la patte antérieure gauche en la retirant si on la touche. Si on touche au contraire la patte droite de devant, elle reste pendante après la piqûre ; le chien suit du regard les mouvements de l'aiguille, et souvent montre par ses frémissements, ses aboiements et des essais de fuite combien l'expérience lui est désagréable. Chez des chiens ainsi opérés, la patte droite de devant ne récupère jamais les mouvements isolés, même 2 ans 1/2 après l'opération.

L'orateur, en outre, admet que les troubles obtenus sont des troubles de l'idéation (Vorstellungsthätigkeit ?) comme il l'a déjà prouvé dans les années 1873 à 76.

Le Dr Goltz (de Strasbourg), donne comme sujet de sa communication : *Contribution à la physiologie du cerveau proprement dit*, et cherche à prouver qu'il est impossible de trouver dans l'écorce cérébrale des divisions bien limitées servant uniquement à la vue ou au toucher. Il a montré, avant et après sa communication, deux cerveaux de chien sur lesquels il a détruit de chaque côté les lobes occipitaux, à tel point, que la région optique indiquée par Munk a complètement disparu. Ces animaux évitaient cependant les obstacles, ils n'étaient donc pas aveugles. En outre, l'orateur présente un cerveau de chien sur lequel toute la zone soi-disant motrice a été enlevée des deux côtés. Cet animal était privé des lobes frontaux, mais pouvait incurver sa colonne vertébrale de droite à gauche. Il n'avait plus de centre de la phonation, mais aboyait cependant. Il lui manquait les sphères sensitives de Munk et cependant la sensibilité était intacte partout. Le chien avait en revanche un trouble visuel très marqué bien que son lobe occipital gauche fût intact et qu'une bonne partie du lobe droit existât encore.

M. Schwartze (de Halle A-S). *Erreurs thérapeutiques*. — L'orateur proteste contre l'emploi inconsidéré devenu à la mode dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne, de médicaments sous forme pulvérulente : ces médicaments, depuis longtemps adoptés et délaissés à tour de rôle, sont représentés aujourd'hui par l'acide borique, recommandé par Bezold, que plus tard l'iodoforme est venue remplacer. Ces deux médicaments sont loin d'être inoffensifs, car souvent à la suite de leur emploi, on observe des inflammations de l'apophyse mastoïde, qu'on est quelquefois obligé d'ouvrir artificiellement. La poudre en effet, retient le pus, et l'iodoforme est ici plus dangereux encore que l'acide borique. Ces deux médicaments doivent donc être donnés avec la plus grande prudence. Les poudres du reste ne réussissent pas quand la perforation du tympan est étroite et située en haut. Dans la discussion qui a suivi, MM. Frantmann (Berlin), Gruber (Vienne), Lucae (Berlin), Guye (Amsterdam), ont confirmé les assertions de l'orateur.

M. Wolff parle de l'*hygiène aux tropiques* et de ses expériences personnelles sur l'Afrique occidentale. La maladie la plus redoutée des Européens est, comme on sait, la *malaria*. On peut distinguer dans l'Afrique Occidentale, trois espèces de malaria : 1° fièvre intermittente ou rémittente; 2° fièvre bilieuse; 3° fièvre typhoïde. La malaria est endémique sur les côtes et à l'intérieur de l'Afrique Occidentale, elle est indépendante de la végétation et même jusqu'à un certain point de l'eau, car des pays absolument arides n'en sont pas exempts. Le remède le plus efficace est la quinine à doses massives donnée le plus vite possible. La prophylaxie consiste à prendre grand soin de la nourriture, à manger le moins possible de conserves, à soigner la peau, au moyen de bains froids et à se couvrir de vêtements appropriés ; ces derniers doivent être choisis non seulement au point de vue de leur espèce, mais encore au point de vue du tissage. Le meilleur vêtement est un complet en tricot de coton (*sic*), qui la plupart du temps suffira. Si l'on se sert des habits qu'on porte dans la zone tempérée, le corps risque continuellement de se surchauffer, devient très sensible aux écarts de température et perd sa force de résistance contre l'infection. L'orateur est convaincu qu'avec une façon convenable de se vêtir, les Européens verraient diminuer leur mortalité. Il espère en terminant que les Européens réussiront par des soins corporels convenables à résister aux intempéries des tropiques et à s'acclimater avec le temps. L. Casper.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'Uréthane, par MM. A. Mairet et Gombemale. Montpellier, 1886. — C. Coulet, éditeur.

II. Du sulfate de sparteine comme médicamment cardiaque et de l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique, par le Dr G. Legris. — Paris, 1886. A Delahaye, éditeur.

III. Formulaire des nouveaux remèdes, par MM. G. Bardet et Egasse. — Paris, 1886. — Oct. Doin, éditeur.

IV. Formulaire de therapeutique, publié sous la direction du Dr Lutaud. — Paris, 1886. G.-B. Baillière et fils.

V. Formulaire officinal et magistral international, par les Drs J. et M. Jeannel. — Paris, 1886. — J.-B, Baillière et fils.

I. On appelle *uréthanes*, en chimie, les éthers de l'acide carbamique. C'est de l'uréthane ordinaire, ou *carbamate d'éthyle*, que s'occupent uniquement MM. Maret et Combemale dans leur travail.

L'uréthane resta exclusivement dans le domaine chimique jusqu'en 1884. A ce moment, von Schmiedeberg lui reconnut des propriétés hypnotiques. Depuis, les Drs Rumpf, Hog, Coze, Huchard, pour ne citer que les principaux, ont préconisé ce médicament dans l'insomnie, les névralgies, la goutte, l'angine de poitrine. De toutes les recherches, il ressortait que l'uréthane produisait un sommeil ayant beaucoup d'analogie avec le sommeil physiologique.

Voici le résultat des recherches personnelles de MM. Mairet et Combemale sur cet agent au point de vue physiologique et thérapeutique. Sur l'homme sain, à la dose de 3 à 5 gr. d'uréthane, on détermine les phénomènes suivants : congestion céphalique d'une durée d'une demi-heure environ se traduisant par de la rougeur de la face, du larmoiement et des tournements de tête ; miction d'une urine claire, d'une faible densité et renfermant peu d'urée, abondantes, répétées coup sur coup, deux, trois et quatre fois dans l'intervalle d'une heure environ ; ralentissement du pouls, qui devient plus résistant d'abord, et chute ensuite avec les mictions ; chute de la température dans les deux heures qui suivent l'administration et retour progressif à la normale ; pas de modifications de la respiration ; pas de sommeil et pas d'envie de dormir.

Chez les animaux qui ont succombé aux expériences, on trouve des congestions de tous les organes; dans le cerveau les phénomènes congestifs atteignent surtout les parties centrales.

Les recherches thérapeutiques ont porté sur 37 malades, atteints d'insomnie et d'agitation sous la dépendance d'aliénations mentales de forme et de nature différente. Dans tous ces cas, le médicament a été donné par la bouche en une seule fois, le soir. Dans la manie, l'effet thérapeutique a été très inconstant ; l'uréthane n'a donné des résultats que lorsque l'agitation était peu intense ; il en a été de même dans la folie des persécutions. Dans la lypémanie les effets ont été favorables.

Dans la démence simple, le sommeil n'a été obtenu que lorsqu'on avait affaire à une agitation modérée. Insuccès dans la démence sénile et paralytique.

II. Voici les conclusions de ce travail, basé sur l'expérimentation physiologique et sur l'observation des faits.

La *spartéine*, alcaloïde du *genêt*, et le *sulfate de spartéine* agissent sur le cœur en augmentant l'énergie contractile de cet organe et en régularisant le rythme cardiaque troublé. La dose quotidienne varie de 5 à 25 centigr.

Ce médicament est indiqué chaque fois que le myocarde fléchit, soit par altération de son tissu, soit parce qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation. — Lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique (Germain Sée).

Les effets du sulfate de spartéine apparaissent avec une grande rapidité, ce qui le rend précieux dans les cardiopathies qui réclament une action immédiate, dans les cas d'attaque d'asystolie par exemple. Aussi M. Legris le préfère-t-il à la digitale, dont l'action est plus tardive. Tous les états d'affaiblissement général de l'organisme dans lesquels se manifeste l'asthénie cardiaque sont justiciables du sulfate de spartéine, qu'il y ait ou non lésion du myocarde et des valvules : une circulation active du sang étant très favorable au relèvement des forces.

L'emploi de ce médicament n'a pas de contre-indications ; il n'a pas d'effets de cumul, pas d'action nocive sur les organes digestifs ni sur le système cérébro-spinal à dose modérée. Dans les cardiopathies avec hydropisie, on associera au sulfate de spartéine l'*infusion de fleurs de genêt* comme diurétique à la dose de 10 à 25 grammes par

© BIU Santé

jour pour un litre. Enfin, dans les dyspnées cardiaques, le malade se trouvera très bien de l'emploi du sulfate de spartéine concurremment avec l'iodure de potassium et les inhalations de pyridine.

A la fin du travail de M. Legris se trouvent plusieurs tracés sphygmographiques très intéressants montrant l'état du pouls avant et après l'administration du sulfate de spartéine.

III. *Le formulaire des nouveaux remèdes* de MM. Bardet et Egasse est appelé à rendre de grands services aux praticiens en leur fournissant, sous une forme rapide et claire, tous les renseignements dont ils peuvent avoir besoin dans le maniement des remèdes nouveaux. Depuis quelque temps, en effet, un grand nombre de nouvelles drogues ont fait leur apparition dans la thérapeutique, la plupart venant des pays exotiques (Inde, Amérique, Australie). Mais les renseignements que l'on possède à leur sujet sont disséminés dans des travaux spéciaux qu'il est souvent difficile de se procurer, de telle sorte que le jour où le médecin doit formuler et le pharmacien exécuter une ordonnance comportant l'administration des nouveaux médicaments ils se trouvent parfois embarrassés. C'est ce que les auteurs de ce formulaire ont voulu éviter en traitant d'une manière très étendue, non seulement au point de vue thérapeutique mais aussi au point de vue de la botanique et de la chimie, les médicaments nouveaux et les plantes connues depuis quelques années seulement.

Cet ouvrage, de plus de 300 pages, se termine par quelques renseignements pratiques sur les eaux minérales, dont l'emploi tend à se généraliser de plus en plus.

IV. Œuvre utile et pratique comprenant les formules les plus récentes publiées dans la presse française et étrangère pendant les deux dernières années. Une table alphabétique placée à la fin du volume permet au médecin de trouver la liste des médicaments qui peuvent être appliqués à la maladie que l'on veut combattre.

V. Volume important, de 1040 pages, et qui constitue une sorte de *compendium* thérapeutique. La base de l'ouvrage repose sur le Codex français et le Formulaire des hôpitaux militaires (édités en 1884), intégralement reproduits. Les auteurs y ont ajouté les meilleures formules des formulaires des hôpitaux français et des meilleurs formulaires étrangers ; le reste des matériaux est fourni par les monographies des thérapeutistes et des pharmacologistes, par les bulletins des Sociétés savantes et par les journaux de médecine et de pharmacie.

Nous signalerons, dans l'Introduction, un chapitre relatif à l'art de formuler, si souvent inconnu de beaucoup de médecins. Quant à la classification des médicaments suivie par les Drs Jeannel dans leur ouvrage, elle est essentiellement pratique en ce sens que chaque agent est classé au point de vue de son emploi médical et de son but curatif. C'est ainsi que nous trouvons les médicaments spéciaux de l'appareil nerveux employés comme antispasmodiques, les médicaments spéciaux de l'appareil nerveux employés contre l'épilepsie, la chorée..., les médicaments spéciaux de l'appareil circulatoire, ceux de l'appareil respiratoire, etc., etc. La fin de l'ouvrage est remplie par un formulaire spécial de l'oculistique, un formulaire spécial de l'hygiène et de la pathologie dentaire, un formulaire vétérinaire.

F. Bottey.

CORRESPONDANCE

La question des Infirmières en Autriche ; vue d'ensemble (1).

Vienne, 26 juin 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je vous ai envoyé des documents qui, seuls de leur espèce, représentent actuellement les résultats matérialisés des préoccupations des médecins autrichiens en matière d'instruction professionnelle raisonnée des infirmières (Voy. *Progrès médical*, t. IV, 2e série, p. 741, 681, 600, etc., t. III, 2e série, p. 520). Je vous ai entièrement décrit l'institution dont j'ai eu le soin, chemin faisant, de vous faire ressortir l'esprit et les produits jusqu'à ce jour. Il me reste à vous informer de l'état des services à cet égard, c'est-à-dire au point de vue des infirmières, dans les autres hôpitaux de Vienne, dans l'asile des aliénés de la Basse-Autriche, et à vous communiquer, s'il y a lieu, l'histoire et le fonctionnement des rouages spéciaux ou des fondations qui valent la peine d'être étudiés.

Ici ma besogne devient très simple. Il n'existe en effet dans les principaux hôpitaux de la capitale de l'Autriche, aucune installation différant de celle de l'hôpital général. Il nous a paru même que, là où il y avait des religieuses, elles semblaient soumises à la même réglementation uniforme et, en tout cas, on n'a point l'air de vouloir faire, pour elles pas plus que pour les laïques, de ces agencements grandioses, de ces exceptions, auxquels nous étions jadis accoutumés chez nous. Ou du moins, si dans certaines fondations que nous n'avons pu voir, les communautés possèdent encore maints privilèges, nous sommes autorisé à dire non seulement d'après nos entretiens avec les premiers chefs de service, mais encore en interrogeant la propension commune des personnalités élevées dont la *société Rodolfinienne* peut être tenue pour l'index chromatique, que le courant général est tourné à l'idée d'une constitution pédagogique laïque à l'usage des infirmières.

Notons encore ceci. Tandis que, dans les plus vastes établissements hospitaliers, dans les établissements capitaux tels que l'hôpital général et l'asile des aliénés, on se sert exclusivement d'infirmières laïques soumises exactement à la même réglementation, les médecins se montrant au surplus désireux de voir, s'il était possible, compléter ce système par un institut public d'éducation et d'instruction professionnelles bien comprises, en revanche dans le *Rudolfspital*, on emploie parallèlement religieuses et laïques. Cet hôpital, est situé dans un tout autre quartier ; il reçoit du reste indistinctement toute espèce de malades, sauf des aliénés bien entendu, et participe encore à l'enseignement. Il présente cette particularité remarquable en ce qui nous occupe, qu'on s'est bien gardé de subordonner l'élément laïque des infirmières à son élément religieux ; on n'a pas davantage créé, aux unes non plus qu'aux autres, des palais où elles aient le loisir de se prélasser loin des quartiers. Le règlement auquel toutes sont soumises sans distinction, règlement que nous avons entre les mains, est strictement copié sur celui de l'hôpital général. La répartition des infirmières dans l'établissement, que nous avons visité de fond en comble, est effectuée de telle sorte, que la totalité d'un même segment soit affectée exclusivement à des laïques ou à des religieuses, l'autorité immédiate de surveillance étant attribuée, pour les premières, à une laïque, pour les secondes, à une religieuse. Le lieu de leur résidence personnelle, en dehors des heures de travail, est un simple *buen-retiro*, au cœur même de l'hôpital, dans une grande salle commune à portée des appels. Une rigueur unique préside à l'ensemble des décisions directoriales et le Directeur peut, sur-le-champ, sans autres formalités, congédier religieuse ou laïque, quelles qu'en soient les fonctions, dès qu'elle a commis une faute ou plusieurs fautes entraînant ce châtiment. Telle est l'assertion, mille fois réitérée, articulée par le professeur Bœhm qui, après avoir créé le matériel de la fondation en question dans tous ses détails, construction comprise, aussi cet hôpital est-il un type d'hôpital hygiénique, la dirige intégralement ; cet aimable professeur, tout en se ménageant un coin dans son hôpital, où il enseigne la gynécologie sans empiéter sur les services hospitaliers de ses médecins en chef, a présidé à l'installation entière et tient le gouvernail. Il connaît bien les inconvénients des religieuses et manie aisément ce *genre d'assistance mixte*, inconnu croyons-nous dans notre pays. Est-ce à dire qu'à Vienne, il n'y ait pas d'hôpitaux religieux? Evidemment non. Citons par exemple le petit *kinderspital*, l'hôpital d'enfants du quartier de l'université. Mais nous avons, suivant nous, mathématiquement saisi le mouvement présent des esprits. C'est ce mouvement, ne pouvant avoir la prétention d'avoir tout inspecté en quelques semaines, qu'après des recherches quotidiennes, des conversations nombreuses, des visites répétées, nous sommes

(1) Voir nos 25, 29, 33, 36, 38.

© BIU Santé

certain d'avoir consigné dans les lettres qui précèdent, sans nous être affranchi un seul instant d'une loi inébranlable : « ne rien avancer qu'on ne soit en mesure de prouver par des faits ou des documents complétés par des relations orales inscrites au jour le jour et condensées après coup. » Il conviendra maintenant de suivre cette affaire, comme on dit en instruction pénale, de se familiariser avec elle, avec ses aspects à partir de maintenant, d'étendre ses recherches ultérieurement sur l'Autriche et sa capitale examinées sous ce jour, où fourmillent, ainsi que l'on sait, les fondations hospitalières. Sur ce sujet au reste, de même que sur tout autre, il faut, pour être assuré de progresser soi-même, lier connaissance avec d'autres peuples, et les pénétrer intimement d'année en année. Nous adresserons nos plus vifs remerciements, en terminant, à M. le professeur Benedikt dont le guide et l'aide nous ont été plus que précieux, littéralement indispensables. Et nous nous ferions un crime d'abandonner momentanément ce terrain sans formuler un vœu, une sorte d'appel à nos confrères.

Nous nous plaignons, à juste titre, en France, tantôt de l'incompétence, tantôt de l'inintelligence, tantôt de l'obscurantisme routinier des administrateurs des hôpitaux ou des asiles qui pèchent : les uns, par ignorance complète du métier même d'administrateur; les autres, par jugement, en ne comprenant pas que l'administration doit impartialement tenir un double compte et des intérêts des malades qui priment, en l'espèce, et de ceux des contribuables qui veulent, avec raison, réaliser le mieux du monde le difficile problème d'une parfaite assistance au meilleur marché possible. A l'administrateur imbu des exigences de la médecine il appartiendrait d'adapter, d'être industrieux, et non point de supprimer, de rayer brutalement. Pourquoi donc personne d'entre nous n'agit-il à la manière du professeur Bœhm? Il est si facile, quand on aime ce genre d'occupations, d'entrer résolûment dans la carrière directoriale, et, afin de ne pas délaisser totalement la médecine, tout en ne négligeant pas à son profit l'administration, de demander en même temps un *petit coin*, tout à fait indépendant de l'ensemble des autres services, où, soit par la pratique, soit par la recherche, on conserve à son esprit la souplesse, la fermeté, le ressort et l'égalité de caractère dont ne pourraient que bénéficier les décisions administratives, et la bonne harmonie intérieure. Etre directeur d'hôpital ou d'asile sans être médecin, sonne, comme un non-sens, aux oreilles des Autrichiens

P. KERAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les amyotrophies ; par Alexandro R. MARINA (*Lo. Sperimentale*, octobre et novembre 1885).

L'auteur commence par faire un exposé très soigné de l'état actuel de la question des amyotrophies, puis rapporte plusieurs observations personnelles :

OSERVATION I. — Homme de 42 ans, présentant une atrophie modérée du biceps droit, plus marquée pour le biceps gauche, atrophie du deltoïde surtout dans sa portion externe, du grand pectoral, des sus-épineux, des rhomboïdes plus encore à gauche qu'à droite ; le plus grand degré d'atrophie est présenté par le sous-épineux des deux côtés. Les autres muscles du bras, ceux de l'avant-bras et de la main sont normaux. Contractions fibrillaires dans les deltoïdes, les biceps, moins marquées dans les sus-épineux. Exagération du réflexe du radius ; il ne s'en produit pas au niveau de la clavicule, de l'acromion et des condyles ; le réflexe du genou, celui du pied sont exagérés, pas de clonus du pied ; sensibilité conservée. Examen électrique très minutieux de la sensibilité et des réactions électriques : au deltoïde, au rhomboïde, réaction de dégénération plus ou moins complète, sur d'autres muscles on constate aussi des réactions un peu anormales. L'auteur considère cette observation comme appartenant à la poliomyélite chronique antéro-latérale d'après la classification de Kahler.

OBSERVATION II. — Homme de 22 ans, présentant une atrophie bilatérale, mais plus marquée à droite, du biceps, du brachial antérieur, du triceps ; les muscles de l'avant-bras et de la main sont intacts, le deltoïde de chaque côté est dur et hypertrophié. Le pectoral est atrophié surtout à sa partie supérieure, les coraco-brachiaux ne sont pas très hypertrophiés; en arrière, atrophie des grands dentelés, hypertrophie des sous-épineux, déviation très marquée des omoplates. Pas de contractions fibrillaires; pas d'atrophie ni d'hypertrophie des membres inférieurs. Pas de réflexes tendineux aux membres supérieurs ; aux membres inférieurs ils sont exagérés. La sensibilité farado-cutanée est normale, à part quelques légères anomalies. Dans les muscles atrophiés l'excitabilité électrique est diminuée proportionnellement à l'atrophie, celle-ci est plutôt augmentée dans les muscles hypertrophiés. Pas de réaction de dégénération. L'auteur conclut au diagnostic de forme juvénile de l'atrophie musculaire.

OBSERVATION III. — Fille de dix ans présentant une légère scoliose avec scapulæ alatæ, surtout à droite et atrophie des grands dentelés ; malgré l'opinion de la mère qui attribue ces troubles à une chute survenue 5 mois auparavant, l'auteur pense être en présence de la forme juvénile d'atrophie musculaire tout à fait au début.

En résumé, travail intéressant qui, d'une part, constitue une revue des idées actuellement en cours au sujet des amyotrophies ; d'autre part, contient deux cas de forme juvénile d'atrophie musculaire bien étudiés, les cas de ce genre ne sont pas encore très nombreux dans la science, aussi est-il bon de signaler ceux-ci. P. MARIE.

Sulle degenerazioni discendenti consecutive a lesioni della corteccia cerebrale.— Dei dott. VITTORIA MARCHI e GIOVANNI ALGERI. (*Rev. Sperim. di fren.*, fasc. IV, anno XI.

Les lésions de la zone motrice des chiens et des singes produisent une dégénération descendante qui n'est pas uniquement limitée aux faisceaux pyramidaux croisé et direct, mais qui s'étend aussi au cordon latéral du même côté de la lésion et un peu aux faisceaux de Burdach. — La destruction de la zone occipitale produit une dégénération descendante des cordons postérieurs en même temps que des traces de dégénérations dans les cordons latéraux. — En somme il n'y a pas de limites nettes entre les zones motrice et sensorielle ; elles se confondent en partie dans la zone intermédiaire dont les lésions amènent une dégénération moins étendue, mais diffuse des faisceaux pyramidaux et des zones de Burdach. Ce fait anatomique s'accorde bien avec les résultats obtenus par Luciani dans ses recherches physiologiques. J. SÈGLAS.

A Guide to the examination of the nose, CRESSWELL-BABER. — London 1886.

Ce petit manuel est un excellent guide à l'usage de ceux qui veulent étudier les maladies du nez, car après avoir donné un aperçu de l'anatomie du nez ; l'auteur étudie les symptômes, tels que obstruction du nez, écoulement, hémorrhagie, douleur, modificatioes de l'ouïe et de la voix, etc.; puis il conduit pour ainsi dire pas à pas l'étudiant auquel il apprend à manœuvrer les différents instruments destinés à lui montrer l'aspect des cavités nasales etc.; il lui enseigne aussi la manière de distinguer entre elles les diverses maladies du nez.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

A Messieurs les Membres de la Commission Parlementaire chargée d'étudier le projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Nous publions, à titre de renseignement, la pétition suivante :

Messieurs,

Les soussignés, docteurs en médecine, domiciliés à Boulogne-sur-Mer, ont l'honneur de vous soumettre les observations suivantes relativement au nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine et vous prient de vouloir bien les prendre en considération.

I. D'après le paragraphe 2 de l'article 6 de cette loi, il est dit que : pourront être autorisés exceptionnellement à exercer la médecine sur le territoire de la République, sans être tenus de subir un examen devant une Faculté de l'Etat, les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs

© BIU Santé

clients dans les stations thermales ou hivernales françaises (il est à supposer que les stations balnéaires leur sont assimilées).

Doit-on entendre par ces mots *leurs clients*, la personne ou la famille que le médecin étranger accompagne, avec laquelle il arrive à la station thermale et avec laquelle il repart ? — Ou bien l'expression *leurs clients* comprend-elle tous les compatriotes des susdits médecins ? Le docteur américain X... accompagne à Cannes son *client* le banquier Z... et lui donne régulièrement ses soins ; est-ce là ce que l'on doit comprendre ? Ou bien ce docteur X... arrivera-t-il tous les ans à Cannes, dès le mois d'octobre ; s'y installera-t-il même toute l'année pour soigner tous ceux qui aiment à être soignés en Anglais ?

Dans le premier cas, il est trop évident que la loi n'a pas à intervenir. Si c'est la seconde version que l'on doit admettre, les dispositions de l'article 5 de la précédente loi deviennent illusoires. En effet, d'après cet article 5, le Français et l'étranger reçus docteurs en médecine à l'étranger ne peuvent être autorisés à exercer en France ou aux Colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant quatre ans à l'étranger, après avoir obtenu la dispense de scolarité, après avoir subi avec succès, devant une Faculté de l'Etat, deux examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales théoriques et pratiques ; présenté et soutenu une thèse, produit un certificat authentique de bonne vie et mœurs.

D'un autre côté (paragraphe 2, article 6), serait exempté de toute formalité et de tout examen, le médecin étranger qui s'établit dans une ville thermale, hivernale ou balnéaire. Mais c'est précisément dans ces villes et on pourrait dire, dans ces villes-là seulement, que s'établissent des médecins étrangers.

La suppression du paragraphe 2 de l'article 6 semble être la seule solution qui, pour entrer dans l'esprit de la loi, protégera le médecin Français contre son confrère étranger.

II. Il n'est pas probable que les auteurs du présent projet de loi songent à réclamer un effet rétroactif qui atteindrait quelques confrères étrangers ayant acquis, par une longue pratique dans nos stations françaises, une position digne de tout intérêt. Cependant, il y aurait quelques modifications à introduire en ce qui les concerne.

Plusieurs d'entre eux s'intitulent sur leurs plaques, cartes de visites, etc. : « *Docteur* », alors que le diplôme étranger qu'ils ont acquis ne leur donne pas droit au titre de Docteur dans le pays où il a été délivré. Ils ont, à la vérité, un diplôme qui leur donne le droit d'exercer la médecine, mais non pas de s'appeler Docteur, quelque chose comme notre officiat de santé. Dès lors il est vexatoire pour tel officier de santé Français exerçant dans la même ville qu'un médecin étranger, de voir ce dernier s'intituler Docteur, sans en avoir le droit, alors que lui, pour obéir aux lois de son pays, ne peut s'appeler que M. un tel, médecin. Ce ne sont pas là des hypothèses, le fait existe. — Ne pourrait-on pas forcer, même rétroactivement, un tel confrère étranger à ne plus porter le titre de Docteur, quitte à lui appliquer le paragraphe 2 de l'article 18 de la présente loi ?

III. Il est enfin, sur un troisième point sur lequel, Messieurs les médecins français soussignés prennent la liberté d'appeler votre attention. Les médecins étrangers exerçant actuellement en France, le font en vertu d'une autorisation ministérielle leur accordant le droit d'exercer la médecine dans telle ville désignée et parmi *leurs compatriotes*. Il arrive, par une tolérance facile à comprendre, qu'au bout d'un certain nombre d'années, le confrère étranger ayant acquis pour ainsi dire droit de cité, possédant d'ailleurs à fond notre langue, arrive à donner ses soins indistinctement à tous les malades qui s'adressent à lui sans s'inquiéter de leur nationalité. Comment réprimer cet abus ? Ce n'est peut-être pas bien difficile et on donnerait ainsi satisfaction aux récriminations trop fondées des médecins français, tout en respectant les droits acquis des confrères étrangers. L'autorisation ministérielle pourrait n'être accordée que pour une période de cinq années ; au bout de ce temps elle devra être renouvelée. Ce renouvellement pourrait être fait par l'autorité administrative locale. Le risque de ne plus voir renouveler l'autorisation dont il jouit, dans le cas où une plainte jugée fondée serait formulée contre lui, maintiendrait dans le respect des conventions les médecins étrangers qui auraient la tentation de s'en écarter. Bien mieux que la crainte d'un procès en exercice illégal de la médecine qui est le seul recours à l'heure actuelle.

Les réclamations que les médecins français soussignés ont l'honneur de vous soumettre pourraient se résumer de la façon suivante :

1° Suppression du paragraphe 2 de l'article 6.

2° Intercaler entre l'article 6 et l'article 7, trois nouveaux articles conçus à peu près en ces termes :

Art. 6 *bis*. A. Les Français et les étrangers munis de diplômes médicaux étrangers et qui ont été antérieurement à la présente loi l'objet d'une autorisation spéciale du ministre à l'effet d'exercer la médecine en France, ne pourront porter le titre de *docteur* qu'à la condition que leur diplôme comporte ce titre dans le pays où il a été délivré.

B. L'autorisation ministérielle d'exercer la médecine ne pourra être accordée aux Français et aux Etrangers munis de diplômes étrangers que pour une période de cinq ans ; elle peut être renouvelée indéfiniment.

C. Les dispositions des deux articles précédents s'appliquent aux médecins étrangers en exercice au moment de la promulgation de la présente loi.

VARIA

Assistance publique.

M. BRELET, secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique, est mis à la retraite à partir du 1er octobre. Nous félicitons M. Peyron de ce résultat qu'il était d'autant plus difficile d'obtenir que M. Brelet avait su se faire imposer. Espérons qu'avec lui disparaîtra l'esprit d'hostilité systématique contre la République trop répandu presque prédominant, qui, malgré les efforts de M. Peyron, continuait à régner dans son administration. Il est à désirer que le Conseil municipal se fasse donner des explications précises sur l'emploi des crédits affectés aux travaux d'entretien depuis 3 ou 4 ans ; il verra, s'il le veut, pourquoi M. Brelet, méritait depuis longtemps d'être congédié.

Exposition ouvrière. Enfants trouvés et moralement abandonnés.

L'exposition ouvrière ouverte au Palais de l'Industrie (Pavillon de la Ville) nous donne l'occasion de signaler au public les progrès réalisés par nos braves enfants élevés aux frais de l'Assistance publique. Les meubles sont splendides ; cordonnerie, vannerie, tapisserie, broderie, fleurs artificielles, serrurerie, taillanderie, verrerie, ébénisterie, assemblage, chapellerie, sparterie, horticulture, tous ces différents états sont dignement représentés et font honneur aux modestes et intelligents maîtres qui dirigent ces enfants. Nous recommandons également un excellent appareil électro-médical construit par le jeune Meyer, des Enfants assistés. Pourquoi l'Administration générale de l'Assistance publique n'a-t-elle pas fait participer à cette exposition les enfants épileptiques, idiots de Bicêtre ? C'est un oubli regrettable et nous espérons qu'à la prochaine occasion ils pourront, comme leurs rivaux, entrer avantageusement en ligne. A. R

Concours de l'internat.

Le jury de ce concours est ainsi composé : de MM. Duguet, Gallard, Gombault, Polaillon, Berger, Kirmisson et Marchand. Les cinq premiers membres du jury ont dès maintenant accepté.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 11 octobre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Il comprend l'étude des principaux tissus normaux et pathologiques. Les élèves répètent eux-mêmes toutes les expériences et sont exercées individuellement. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit, chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

Clinique gynécologique. — La clinique du Dr P. MÉNIÈRE, transférée, 1, rue du Pont-de-Lodi, comporte actuellement un service de huit lits. *Conférences publiques* et *Examen au spéculum* tous les vendredis à 3 heures.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Canule Porte-Remèdes du Dr G. Gautier (de Paris).

M. Dujardin-Beaumetz vient de présenter à l'Académie, au nom du Dr G. Gautier, une canule que celui-ci a fait construire par M. Charles Dubois, dans le but de faire des *lavages, simples ou médicamenteux du vagin.*

Le principe de l'instrument repose sur son mode de bou-

© BIU Santé

chage. Le bouchon présente une ouverture dans laquelle on peut introduire l'embout d'un récipient quelconque. Sous la plus faible pression, le liquide du récipient passe dans la canule, sort par les orifices ménagés à l'extrémité vaginale de sa partie cylindrique, baigne les culs-de-sacs du vagin ainsi que le col de l'utérus et vient sortir par la vulve, après avoir irrigué les parois vaginales. En variant les solutions médicamenteuses, on peut donc utiliser cette nouvelle canule dans les affections des organes que nous venons d'énumérer et après l'accouchement.

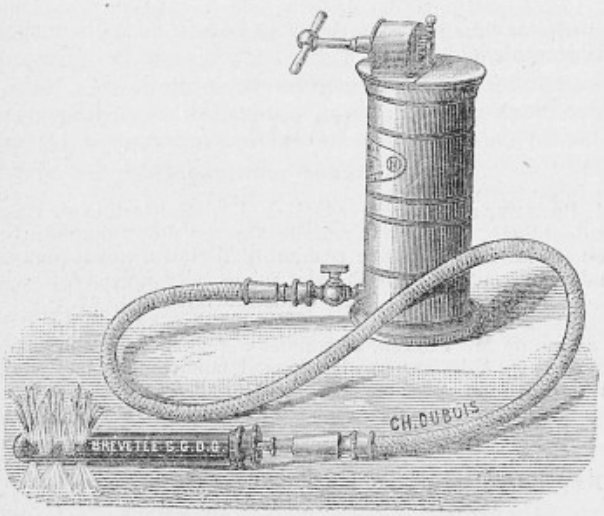


Fig. 92.

La construction de la canule permet de déposer dans l'intérieur des poudres ou autres substances actives, qui, dissoutes et entraînées par le liquide du bain ou du récipient, constituent une médication locale et efficace.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 19 sept. 1886 au samedi 25 sept. 1886, les naissances ont été au nombre de 1114 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 420 ; illégitimes, 149. Total, 569. — *Sexe féminin* : légitimes, 406 ; illégitimes, 139. Total, 545.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 sept. 1886 au samedi 25 sept. 1886, les décès ont été au nombre de 811, savoir : 464 hommes et 407 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8, T. 16. Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 8, F. 6, T. 14. — Scarlatine : M. 5, F. 1, T. 6. — Coqueluche : M. 5, F. 5, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 6, F. 7, T. 13. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 0, F. 0, T. 0. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 16, F. 18, T. 34. — Phthisie pulmonaire : M. 104, F. 68, T. 167. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 12, T. 32. — Autres affections générales : M. 20, F. 36, T. 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 15, F. 21, T. 36. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 9, T. 18. — Pneumonie : M. 20, F. 14, T. 34. — Athrepsie : M. 83, F. 69, T. 152. — Autres maladies des divers appareils : M. 123, F. 112, T. 235. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 13, F. 6, T. 19. — Causes non classées : M. 9, F. 12, T. 21.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 73 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 11. Total : 34 — *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 11. Total : 39.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. Pionchon, agrégé, préparateur à l'Ecole normale supérieure, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887 d'un cours de physique à la faculté des sciences de Bordeaux.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. Janet, agrégé des sciences physiques, est nommé pour l'année scolaire 1886-1887, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Grenoble.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie royale de médecine de Belgique vient de mettre au concours les questions suivantes :

1° Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. La valeur du prix à décerner est de 800 fr., et la clôture du concours est fixée au 31 décembre 1887.

2° Déterminer par de nouvelles expériences la composition chimique du seigle ergoté. Le prix à décerner est d'une valeur de 600 fr. Le concours sera clos le 1er février 1888.

3° Faire l'exposé et la critique des divers méthodes de pansement et de traitement antiseptiques des plaies et des affections chirurgicales. Valeur du prix 600 fr., clôture du concours, 15 janvier 1887.

4° Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux du rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement. Etablir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. La valeur du prix à décerner est de 800 fr., et la clôture du concours est fixée au 15 janvier 1887.

5° Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. Le prix est 8.000 fr. La clôture du concours aura lieu le 31 décembre 1888. Des encouragements de 300 à 1.000 fr. pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes d'une récompense.

Une somme de 25.000 fr. pourra être donnée, en outre du prix de 8.000 fr., à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, francs de port, à M. le secrétaire de l'Académie royale de médecine, à Bruxelles. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Cette société reprendra ses séances le mercredi 6 octobre prochain, à 3 heures 1/2.

NÉCROLOGIE. — Dr H. MOOS, professeur de chirurgie à la faculté de Würzburg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

CAPITAN (L.). **Lésions du plancher bulbaire et de l'aqueduc de Sylvius dans l'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire** Brochure in-8 de 15 pages, avec 4 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

GALEZOWSKI. — **Des cataractes et de leurs opérations.** Conférences cliniques recueillies par Boucher. Br. in-8 de 52 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

JENDRASSIK (E.). — **De l'hypnotisme.** Brochure in-8 de 31 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

PIAGGIO. — **Quelques observations sur le phénomène de Cheyne-Stokes.** Brochure in-8 de 7 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

REGNARD (A.). — **De la mortalité dans les hôpitaux de province et de la nécessité d'une réforme radicale de l'Assistance publique.** Br. in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . 70 c.

ZOHRAL (G.). — **Ramollissement des cornes occipitales dans l'épilepsie.** Brochures in-8 de 15 pages, avec 2 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

Librairie J. LEBÈGUE et Cie, 25, rue de Lille.

ABUNDO (G. d'). — Le lesioni della vescica e della prostata nella paralisi generale progressiva. Brochure in-8 de 19 pages, avec 3 figures. — Napoli, 1886. — Tipografico di Gaetano Micillo.

CATTANI (G.). — Dell' ematometra ed in ispecie da atresia uterina congenita. Brochure in-8 de 73 pages. — Milan, 1885. — Tipografia Rechiedei.

Memorias leidas en la sociedad española de laringologia, otologia y Ringologia. — Tomo I, 1re partie. — Publié sous la direction de MM. Luis SUNE, A. BASSOLS y P. VERDOS. Brochure in-8 de 51 pages. — Barcelona, 1886. — Imprenta de F. Sanchez.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 41. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 OCTOBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Sur la diathèse de contracture et en particulier sur la contracture produite chez les sujets hystériques (hommes et femmes) par l'application d'une ligature ;

Par Paul BERBEZ.

M. le professeur Charcot a donné le nom de *Diathèse de contracture* à un état nerveux spécial qui n'est ni la contracture ni la paralysie et qui, cependant, tient un peu de l'un et de l'autre.

Dans un mémoire couronné par l'*Académie de médecine* (prix Civrieux 1883) et demeuré inédit, M. Paul Richer a consacré à la diathèse de contracture un chapitre très intéressant où il étudie la question sous ses différentes faces. C'est à ce mémoire qui sera du reste bientôt publié et que l'auteur a complaisamment mis à notre disposition que nous empruntons les grands traits de notre description, nous contentant d'ajouter à cette description même un moyen simple et facile de mettre en lumière ce singulier phénomène, moyen que le hasard nous a fait découvrir au cours de recherches sur l'ischémie locale faites par M. Charcot à la fin du semestre d'été.

Depuis les leçons cliniques où notre maître a employé pour la première fois l'expression : *Diathèse de contracture*, deux mémoires ont été publiés sur ce sujet : 1° un mémoire de MM. Ballet et Delanef qui appellent *état d'opportunité de contractures* (*Gaz. méd. de Paris* du 29 juillet 1882) l'état spécial que nous étudions. 2° la thèse inaugurale de Brunet (Paris 1883) intitulée : *Etude clinique et pathologique de l'état d'opportunité de contractures.*

Nous fûmes amenés de la façon suivante à constater la fréquence de la diathèse de contracture chez les hystériques tout au moins. M. Charcot fit une leçon sur la claudication intermittente causée par l'obstruction plus ou moins complète des vaisseaux artériels d'un membre et attribua à l'ischémie locale les raideurs, les contractures plus ou moins durables qui surviennent dans les muscles ischémiés. Voulant vérifier cette hypothèse, M. Charcot appliqua sur nous-même et sur plusieurs externes du service la bande d'Esmarck sans obtenir de contractures. — Nous avons, dans cet état d'ischémie du bras droit par exemple, fait serrer au patient un dynamomètre et nous avons fatigué les muscles ischémiés par des pressions successives jusqu'à ce que le dynamomètre ne marquât plus que 5 ou 6 degrés de la graduation. *Il n'est jamais survenu de contractures.* Tout autres ont été les résultats quand nos expériences ont porté sur des hystériques. Tous, ou presque tous les malades se sont contracturés *dès les premiers tours de bande.* Cette particularité a fait penser à M. Charcot que l'ischémie n'était pas la cause du phénomène ; en effet, nous avons varié l'expérience de différentes façons et toujours le résultat a été le même chez presque tous les sujets.

Nous avons appliqué la bande depuis le bout des doigts jusqu'au-dessus du poignet, puis jusqu'au coude, enfin nous avons fait monter la bande jusqu'à l'attache inférieure du deltoïde. Dans les trois cas, la contracture s'est produite s'élevant avec la hauteur des tours de spire. Nous nous sommes contentés alors d'appliquer le lac de caoutchouc à la partie moyenne de l'avant-bras ou à la partie moyenne de la jambe. La contracture s'est produite de la même façon.

La constriction seule semblait donc avoir agi ; pour nous en assurer nous avons, comme dans nos premières expériences, fait l'ischémie aussi complète que possible, nous avons laissé la bande violette au-dessus du bras et abandonné à elle-même, pendant quelques minutes, la contracture ainsi produite.

Petit à petit nous avons vu la raideur diminuer et le bras demeurer flasque. L'ischémie, longtemps maintenue, semble donc, dans le cas présent, avoir détruit la contracture établie par la constriction.

La contracture que produit le lien circulaire disparaît presque toujours après qu'on a enlevé la bande. Nous devons cependant signaler deux cas dans lesquels elle s'est généralisée une fois à tout le corps, une autre fois au côté droit seulement après l'ablation de la bande. En quelques minutes, la contracture a envahi les quatre membres chez une jeune fille qui venait à la consultation externe et à qui nous avions appliqué le lien de caoutchouc à la partie moyenne de l'avant-bras droit. Un massage général opéré immédiatement a fait disparaître complètement les rigidités. Nous avons donc entre les mains un moyen facile et prompt de déceler la diathèse de contracture, partant l'hystérie dans certains cas de diagnostic difficile.

Ce nouveau stigmate a été recherché par nous chez tous les hystériques des deux sexes actuellement en traitement dans les salles de la clinique, ainsi que chez ceux qui viennent aux consultations externes et nous avons pu constater son extrême fréquence. Sur 70 malades, 43 femmes et 27 hommes, nous avons trouvé 52 sujets capables de se contracturer. Sur les 52 sujets contracturables il y avait 19 hommes et 33 femmes. A ce point de vue spécial, nous avons vu que les malades étaient susceptibles d'une sorte d'éducation. Tel sujet ne se contracturait pas ou se contracturait faiblement, qui finissait par avoir une rigidité musculaire des plus accentuées. Cette tendance augmentait quand on éveillait par la percussion des tendons, l'exalation musculaire directe, l'excitabilité réflexe de la moelle, avant l'application de la bande.

Rappelons que la diathèse de contracture existe souvent chez des malades qui ne se sont jamais doutés de son existence.

Quelques-uns, cependant, ont remarqué que, quand ils lançaient une pierre ou donnaient un grand coup ils restaient dans l'attitude prise brusquement, en quelque sorte figés. La plupart du temps cet état spécial demande à être provoqué par les recherches du médecin. Outre la bande il est facile de provoquer la contracture par : 1° Le massage musculaire profond ; 2° le choc répété des tendons ; 3° le tiraillement des membres ; 4° le diapason ; 5° la faradisation des muscles ou des nerfs ; 6° l'aimantation ; 7° le simple frôlement de la peau. La

© BIU Santé

bande n'a d'action plus rapide et plus puissante que parce qu'elle réalise par la constriction la réunion de ces différents modes d'excitation. En somme il est possible, chez des sujets à l'état de veille, de provoquer des contractures en tout semblables à celles qui sont produites à l'état d'hypnotisme. Si bien que la distinction établie par notre maître en contracture à type léthargique et contracture à type somnambulique dans l'hypnose trouve sa place ici.

Parmi les malades chez lesquels nous avons provoqué la contracture par l'application de la bande, nous avons vu les uns avoir besoin d'excitations profondes (massage, bande, percussion de tendons, etc.) pour se contracturer; les autres demander seulement le frôlement de la peau.

Ces faits n'ont pas seulement une importance théorique. Les leçons de M. Charcot ont montré comment se comportaient ces différents sujets devant le traumatisme. Les uns auront des contractures pour des lésions cutanées même légères (brulûres, blessures par éclats de verre, etc.); les autres ne se contractureront que s'ils sont atteints par un traumatisme plus intense frappant non plus seulement la peau mais les muscles, les tendons ou les nerfs.

La connaissance de la diathèse de contracture chez un malade éclairera donc bien des faits obscurs; l'application si facile de la bande d'Esmarck suffira la plupart du temps à révéler l'existence de cette diathèse.

PATHOLOGIE INTERNE

Examen d'un cœur atteint d'endocardite ulcéreuse (1);

Par le Dr Maurice LETULLE, médecin des hôpitaux.

L'observation communiquée par M. Despaigne à la *Soc. anat.* (2) se complète par l'examen histologique et les quelques réflexions qui vont suivre.

I. Tout d'abord commençons par la valvule sigmoïde portant pendue à sa face ventriculaire une énorme végétation fibrineuse. Les coupes démontrent qu'il s'agit bien d'un véritable anévrysme valvulaire; toutefois ce n'est pas une simple ectasie du nid sigmoïdien; le processus ulcératif a produit des ruptures multiples de la paroi, de sorte qu'il en résultait un anévrysme à la fois *total* et *faux consécutif* de la valvule antérieure et gauche.

II. Il existe cependant un épaississement considérable de la paroi valvulaire, laquelle, grâce en outre aux végétations fibrineuses, paraît plus que décuplée. Des coupes fines colorées au picro-carmin permettent de distinguer nettement d'une part les couches stratifiées de fibrine enserrant de nombreux globules blancs, d'autre part la paroi même de la valvule profondément altérée. Ce qui domine, ce sont les ruptures nombreuses de cette lame valvulaire, telles que l'on reconnaît au milieu de caillots stratifiés, dans toute l'épaisseur de la végétation fibrineuse, des lambeaux de tissu endocardique extrêmement enflammé.

Les lésions de ces fragments valvulaires sont de deux ordres : les unes, inflammatoires aiguës, les autres plus anciennes, chroniques, et compliquées déjà sur quelques points de dégénérescence calcaire. Ces altérations chroniques apparaissent bien évidentes non seulement au niveau du feuillet fibro-élastique aortique considérablement épaissi, mais même dans toute la hauteur du feuillet ventriculaire de la valvule. L'*inflammation chronique* consiste essentiellement en :

1° Un épaississement fibroïde des fibrilles conjonctives, lesquelles se rangent en travées onduleuses et forment, sur nombre de points très rapprochés, des tractus fibreux très denses et pauvres en cellules. Cet aspect fibroïde paraît surtout évident au voisinage de la surface ventriculaire de la valvule, immédiatement au-dessous de la couche des cellules aplaties dont nous verrons plus loin les altérations.

2° Une disparition pour ainsi dire absolue des fibres élastiques dans toute l'épaisseur de la valvule sigmoïde, car je n'en ai trouvé aucune trace. Cette lésion, sur laquelle on ne saurait trop insister, explique bien et la friabilité très grande de la valvule et l'énorme dilatation du nid valvulaire. Enfin elle concorde avec l'hypothèse que nous admettons d'une endocardite chronique préexistant au développement du typhus cardiaque.

3° Une dégénérescence calcaire, par îlots, de la couche fibro-élastique, caractérisée de la façon suivante : on aperçoit, disséminés dans toute l'épaisseur de la couche fibro-élastique et souvent très rapprochés de la couche des cellules aplaties, une certain nombre de blocs jaunes brillants, volumineux, très réfringents; ces blocs de forme variable, souvent arrondis, parfois cylindroïdes, isolés ou rapprochés mais alors assez régulièrement couchés au milieu de travées fibreuses parallèles à la surface de la valvule, ont un aspect vitreux homogène et sont d'ordinaire entourés d'îlots cellulaires fusiformes groupés concentriquement par rapport à la masse amorphe.

Les plus petits de ces blocs ne sont pas beaucoup plus volumineux que les grosses cellules plasmatiques, fusiformes, disséminées dans les travées conjonctives voisines; de sorte qu'ils sont vraisemblablement formés aux dépens de ces cellules mêmes. Il est bon néanmoins de noter qu'en aucun point nous n'avons trouvé de cellules manifestement envahies par la dégénérescence graisseuse. Nous n'oserions pas dire que l'infiltration calcaire se fût faite aux dépens des seules cellules plasmatiques, mais nous affirmons que les plus petits îlots calcifiés ressemblent singulièrement par leur forme arrondie, leur accollement aux fibrilles conjonctives, leur volume, aux cellules voisines déjà altérées.

Il faut noter en effet qu'un grand nombre des cellules plasmatiques de cette couche fibro-élastique, offrent certains caractères remarquables par leur coloration brun-rougeâtre, leur forme irrégulièrement arrondie, leur noyau mal coloré, souvent même invisible, un protoplasma très granuleux, un volume enfin considérable et pouvant atteindre jusqu'à 10 μ, 14 μ; elles contrastent singulièrement avec l'aspect fusiforme, le noyau vivement coloré, le mince protoplasma des quelques cellules normales voisines.

En résumé, nous trouvons dans cette description la preuve de l'existence d'une endocardite sigmoïdienne ancienne, fibreuse et ayant déjà subi en maints endroits une infiltration calcaire, vraisemblablement formée aussi bien dans l'intérieur des cellules plasmatiques que dans les travées fibreuses de la couche fibro-élastique.

La *couche des cellules aplaties* est, sur chaque face, dans les régions où la valvule sigmoïde a été régulièrement coupée, épaissie d'une manière considérable. Cet épaississement, de date ancienne, permet de reconnaître une substance fondamentale lamellaire très dense et très épaisse, séparant largement les noyaux des cellules aplaties qu'on voit reliées les unes aux autres par des prolongements brillants faciles à reconnaître. Ces noyaux de cellules ont de 5 μ à 6 μ. Dans les parties profondes de cette couche, chaque cellule paraît ne contenir qu'un noyau; mais en approchant de la surface, l'aspect des parties change : on se trouve alors en présence de *lésions inflammatoires aiguës*.

Il s'agit d'une véritable ulcération phlegmoneuse de la surface de la valvule; immédiatement au-dessous des caillots fibrineux, on aperçoit un nombre considérable de cellules embryonnaires, arrondies, vivement colorées en rouge, accumulées les unes contre les autres et ayant, par conséquent, détruit presque totalement la substance fondamentale intercellulaire. A quelque distance de la surface de la valvule, on retrouve mieux reconnaissable la subs-

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 21 mai 1886.

(2) Voir *Bullet. Soc. an.* 1886, p. 379.

© BIU Santé

tance fondamentale disposée sous forme de minces travées parallèles à la surface, séparées les unes des autres par de longs boyaux nucléaires ou par des amas arrondis d'éléments embryonnaires ; c'est la démonstration évidente du processus inflammatoire aigu subi par les cellules plates de la couche sous-endothéliale. Dans les régions les plus vivement enflammées, l'accumulation des éléments embryonnaires est si considérable qu'elle donne à la coupe l'aspect d'un tissu de nouvelle formation.

Les caillots fibrineux stratifiés sont surtout riches en globules blancs au voisinage de la valvule ; on remarque dans toute leur épaisseur des espaces plus clairs où les globules blancs sont accumulés, indice de la formation successive des lames de fibrine stratifiées.

Une coupe portant sur la seconde valvule sigmoïde en voie d'ulcération et embrassant en même temps l'origine de l'aorte permet de reconnaître les mêmes lésions aiguës et chroniques mais beaucoup moins développées. Toutefois, la couche fibro-élastique paraît contenir dans sa partie moyenne un nombre beaucoup plus considérable de cellules plasmatiques ; un certain nombre d'entre elles semblent contenir plusieurs noyaux.

II. L'aorte, au niveau de l'origine de cette valvule sigmoïde, est le siège de lésions inflammatoires manifestes.

Les noyaux des cellules plates ont proliféré, et dans la couche élastique elle-même (qui s'épaissit à mesure qu'on s'éloigne de la naissance de l'aorte), les cellules logées dans les interstices sont représentées par des amas de noyaux vivement colorés en rouge par le carmin et disposés sur une seule rangée.

Cet aspect est de plus en plus remarquable à mesure qu'on s'approche d'une région plus voisine de la poche anévrysmale péri-aortique décrite dans l'observation. Cette poche est représentée, sur nos coupes, par une cavité ovoïde verticalement dirigée, haute d'environ un centimètre, dont l'extrémité inférieure descend à 5 millimètres au-dessus du cul-de-sac valvulaire. La cavité reste distante de l'aorte d'environ 2 millimètres à sa partie inférieure et 5 millimètres à sa partie supérieure.

La description de cet anévrysme péri-aortique démontrera qu'il s'agit bien plutôt d'un *abcès péri-aortique aigu* infiltré de sang que d'un anévrysme proprement dit; en sorte que la rupture de l'aorte à son origine, décrite dans l'observation, était consécutive à son inflammation aiguë.

Les parois de l'abcès sont anfractueuses, déchiquetées ; les caillots sanguins infiltrés dans la poche sont tombés, ne laissant qu'un petit nombre de globules rouges disséminés dans les mailles du tissu conjonctif. Par contre, un nombre considérable de globules blancs infiltrent toute la paroi jusqu'au voisinage de l'aorte elle-même. Nombre de ces globules blancs sont granuleux, pâles ; leurs noyaux se colorent mal par le réactif, indiquant ainsi leur séjour déjà ancien dans le tissu conjonctif. Quelques globules blancs contiennent manifestement des hématies dans leur intérieur.

C'est surtout à la partie inférieure de la poche que les lésions sont les plus intéressantes : là, en effet, on arrive bientôt sur une région musculaire faisant partie de la paroi ventriculaire qui commence à ce niveau. Au lieu de trouver les faisceaux de cellules musculaires orientés en divers sens, comme d'ailleurs cela existe quelques millimètres plus bas, on tombe sur une région dans laquelle les cellules musculaires semblent avoir été dissociées par un processus inflammatoire aigu interstitiel. Il en résulte une série d'altérations musculaires très curieuses qui nous permettront d'affirmer l'existence d'une *myocardite aiguë*, à la fois *parenchymateuse* et *interstitielle*. Les fibres musculaires dissociées ne sont plus groupées en faisceaux ni attachées bout à bout ; chaque cellule musculaire redevenue libre a changé de forme : ici, prenant l'aspect fusiforme plus ou moins rectiligne, plus ou moins infléchi ; là, conservant une forme irrégulièrement cylindroïde ; ailleurs, devenant presque complètement arrondie mais présentant encore une coloration brun brillant, un éclat caractéristique. La striation transversale a disparu, mais le noyau est conservé et d'ordinaire vivement coloré, souvent même ce noyau paraît augmenté de volume. Les fibres élastiques sont conservées dans cette région, mais le tissu conjonctif y est infiltré d'une quantité considérable de noyaux embryonnaires de dimensions variables. Groupés souvent en séries linéaires au voisinage de faisceaux musculaires encore conservés, ces noyaux, de différents volumes, appartiennent à des cellules dont le protoplasma est très pâle, finement granuleux ; et l'on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas, pour un certain nombre d'entre elles, de *cellules musculaires enflammées* et dont le noyau aurait subi une prolifération très active. Certaines de ces cellules, en effet, ne mesurent pas moins de 12 à 14 μ de diamètre.

En résumé, les traces d'une myocardite aiguë, interstitielle à la fois et parenchymateuse, se retrouvent jusqu'à une grande distance de l'abcès péri-aortique. Ici, comme dans toute myocardite, même chronique, les lésions sont disséminées, respectant des ilôts et des travées musculaires, sans systématisation reconnaissable.

Les vaisseaux de la région, surtout les artères, sont entourés d'un nombre considérable de cellules embryonnaires, et il existe une endartérite légère dans la plupart des vaisseaux examinés.

En approchant de l'origine de la valvule mitrale, on reconnaît que les faisceaux musculaires, encore dissociés par une myocardite interstitielle toujours intense, paraissent cependant moins altérés que plus haut.

La valvule mitrale montre, au niveau de sa couche sous-endothéliale, une prolifération évidente des noyaux ; la couche fibro-élastique est épaissie, mais les fibres élastiques sont conservées intactes et l'on ne trouve pas trace de dégénérescence calcaire.

III. La rupture de l'endocarde auriculaire, au-dessus de la valvule mitrale, passe à travers les faisceaux musculaires dissociés par le sang infiltré dans les espaces conjonctifs interfasciculaires. Ici, également, un processus inflammatoire, ulcératif, s'est produit, qui semble avoir préparé la rupture.

IV. La recherche des microbes devait fournir des renseignements importants. Par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, l'examen des pièces fraîches n'a pu être pratiqué. Ce n'est qu'après un séjour de 24 heures dans une solution forte de chloral, que nous les avons reçues. La technique suivie a été : séjour dans le violet, passage par la solution iodo-iodurée, décoloration par l'alcool, action du picro-carminate d'ammoniaque, alcool, etc.... Ont été successivement examinés : des fragments de la végétation fibrineuse dissociés dans l'alcool, les valvules sigmoïdes, l'aorte, l'abcès périaortique et la valvule mitrale.

Les valvules aortiques, surtout celle qui portait le volumineux champignon fibrineux décrit plus haut, contiennent, disséminés surtout à la surface de l'endocarde altéré, des microbes arrondis, vivement colorés par le violet, souvent réunis deux à deux, parfois accumulés en amas peu abondants. Ces microbes, petits, nous ont paru quelquefois réunis en chaînette au nombre de 5 à 7, mais toujours aisément reconnaissables.

L'étendue et l'intensité des lésions nous avaient porté à soupçonner d'énormes amas microbiens ; notre attente a été quelque peu déçue à cet égard. C'est ainsi que, dans les lamelles fibrineuses qui enserraient la valvule sigmoïde ulcérée, nous n'avons trouvé qu'un nombre moyennement considérable d'éléments parasitaires. Par contre, il nous ont paru plus abondants dans les parois de l'abcès péri-aortique. Peut-être doit-on incriminer l'âge relativement avancé de l'affection ulcérative du cœur. Si l'on tient compte en effet des renseignements fournis par le malade lui-même, la durée totale de la maladie aurait été d'environ 28 jours.

On retrouvait, à la surface de la valvule sigmoïde la moins ulcérée, les mêmes microbes ronds, réunis souvent deux à deux, nullement encapsulés. La valvule mitrale, dans les points que nous avons pu examiner, était indemne,

© BIU Santé

Le myocarde avoisinant le point de l'oreillette rompu au-dessus de la mitrale, ne nous a pas paru contenir d'éléments parasitaires. Les vaisseaux de ces différentes régions n'étaient pas oblitérés et s'ils étaient atteints d'un certain degré d'endartérite, ils ne semblaient pas renfermer de microbes. Ajoutons que la recherche des bacilles tuberculeux a été infructueuse et qu'en aucun point nous n'avons rencontré de microbes encapsulés. Même dans les points où les parasites que nous apercevions étaient disposés en diplocoques, ils conservaient la forme arrondie et restaient fort petits. La culture de ces microbes pathogènes n'a malheureusement pu être tentée. Nul doute qu'elle eût fourni des indications précieuses au sujet de l'espèce à laquelle appartenaient ces colonies parasitaires.

V. L'observation qui a fait le sujet de cette note m'a paru des plus remarquables à plus d'un titre : Sans parler de ces traces d'un exanthème hémorrhagique éteint au moment de l'entrée du malade, et sur lesquelles M. Despaigne a insisté dans sa note, il est bon de signaler la longue durée de la maladie que l'on peut évaluer à quatre semaines environ. Cette notion me paraît avoir une réelle importance en ce qu'elle vient corroborer l'opinion que nous nous sommes efforcé de soutenir, preuves histologiques en main : que, dans le cas actuel, le typhus cardiaque est venu se greffer sur une endocardite sigmoïdienne chronique, déjà ancienne et de cause indéterminée. Ce n'est pas ici le lieu de développer toutes les conséquences qui ont pu résulter, au point de vue du diagnostic clinique, de la longue durée et de la bizarre allure de l'appareil symptomatique. Il nous suffira de mentionner : 1° les grandes irrégularités de la courbe thermique ; 2° l'intégrité apparente du cœur, dont les bruits, jusqu'au dernier jour, nous parurent *à peu près* normaux ; 3° la mort soudaine au vingt-huitième jour de la maladie, alors qu'aucun phénomène morbide ne nous permettait de soupçonner une rupture du cœur.

Les détails de l'autopsie nous montrent, d'autre part, que la perforation du cœur s'est faite secondairement à la rupture de l'origine de l'aorte, en un point où l'épicarde recouvre lâchement le tissu conjonctif péri-aortique. L'hémo-péricarde ne résulte donc ni d'une déchirure du ventricule ni d'une rupture de l'oreillette, mais bien d'une *ulcération* progressive de l'aorte à son origine et d'une perforation de l'épicarde inter-auriculo-aortique consécutive elle-même à une *péri-aortite aiguë ulcéreuse*. Le processus aigu, qui a donné lieu à cette variété d'anévrysme aigu péri-aortique est démontré d'une façon irréfutable, à nos yeux, par la fissure linéaire qui correspondait au fond de la poche anévrysmatique et s'ouvrait dans l'oreillette gauche, immédiatement au-dessus de l'insertion de la grande valve de la mitrale.

Il est bon de noter encore la calcification partielle de la valvule sigmoïde la plus largement ulcérée, indice révélateur du début du typhus cardiaque par la valvule la plus malade. On peut y voir en outre une preuve incontestable de l'évolution des lésions ulcéreuses : c'est évidemment à la surface des valvules que se sont greffées les colonies parasitaires, causes des altérations profondes décrites plus haut.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur un cas de kyste poplité dépendant de la bourse séreuse du jumeau interne, communiquant avec l'articulation. Dissection et excision de la poche. Guérison (1) ;

Par le Dr F. **VERCHÈRE**, chef de clinique chirurgicale de la Pitié.

Quoique bien connus depuis les travaux de Malgaigne (2), de Foucher (1), de Gosselin (2), de Verneuil (3) ; depuis les thèses de Baudouin (4) et de Legras (5), les kystes du creux poplité n'ont pas encore une anatomie pathologique, et par suite une pathogénie indiscutables.

Les autopsies où il a été possible de disséquer un kyste poplité sont rares et celles rapportées par Foucher sont relativement peu nombreuses. Aussi, ayant eu l'occasion de voir opérer par M. Verneuil un kyste poplité, nous n'hésitons pas à publier l'observation en détail et à la faire suivre de quelques réflexions que nous ont suggérées la disposition et la marche de cette tumeur.

Il s'agissait d'une malade, B... Marie, âgée de 26 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié le 9 mai 1883, et couchée au lit n° 1 de la salle Lisfranc (service de M. Verneuil). Dans son enfance, elle n'a présenté aucun signe de scrofule, sa santé a toujours été parfaite. Elle est forte, ne tousse pas, ses poumons sont sains. Mécanicienne, elle fait un travail fatigant. Ses gros orteils sont légèrement déviés en dehors et présentent la déformation caractéristique de l'arthritisme.

C'est la troisième fois que cette malade entre à l'hôpital de la Pitié. Le début de l'affection remonte au mois de juillet 1880. A ce moment, elle s'aperçut d'une petite tumeur, grosse comme une noisette, siégeant au niveau du creux poplité, le genou était gonflé, dit-elle, et à son entrée à l'hôpital, on constata qu'il existait de l'hydarthrose. La tumeur se réduisait facilement par la compression et il suffisait à la malade de garder le repos quelques jours pour voir disparaître l'hydarthrose.

En mars 1881, on fit une ponction du kyste. Il s'effaça complètement et le genou revint à l'état normal.

Trois ou quatre mois après, le kyste reparut, mais sans s'accompagner d'hydarthrose. Il prit le volume d'une pomme d'api, et gêna sensiblement les mouvements de flexion. On ne sait si, à cette époque, il était encore réductible.

Nouvelle ponction, suivie cette fois d'injection iodée en mai 1882. Réaction inflammatoire modérée, le genou ne fut pas douloureux et la malade sortit, se croyant complètement débarrassée. Elle reprit son travail de mécanicienne, et un mois après, nouvelle apparition de la tumeur. Depuis ce temps, elle augmenta peu à peu jusqu'au volume qu'elle présente actuellement. Grosse à peu près comme une mandarine, elle siège à la partie moyenne du creux poplité empiétant un peu plus vers la partie interne de la région, elle est tendue néanmoins, nettement fluctuante. Nulle mobilité sur les parties profondes, elle se fixe encore davantage lorsque la jambe est dans l'extension extrême. Dans cette situation, il est absolument impossible de la réduire, la pression ne la fait nullement changer de volume. Il n'y a pas trace d'épanchement dans le genou. Dans la flexion, elle disparaît dans la profondeur de la région, et, sa consistance diminuant par le relâchement des parties environnantes, il devient plus difficile de la retrouver ; néanmoins, elle reste irréductible.

D'après ces caractères, il était naturel de penser avoir affaire à un kyste du creux poplité, ne communiquant pas avec l'articulation, et après les deux récidives antérieures, de tenter une guérison radicale. M. Verneuil décida donc de faire l'ablation complète de la poche kystique.

La malade, chloroformée, est opérée le 16 mai 1883. On fait une incision légèrement courbe sur la ligne médiane, longue de 10 à 12 centimètres ; au-dessous de l'aponévrose

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 28 mai 1886.

(2) Malgaigne. Observations de kystes séreux du jarret (*Rev. méd. chir.*, Paris, 1853, t. XIV, p. 343).

(1) Foucher. Sur les kystes du jarret (*Rev. méd. chir.* de Malgaigne, Paris, 1854, t. XV, p. 313. — Mémoire sur les kystes de la région poplitée (*Arch. gén. de méd*, 1856, t. VIII, p. 313 et 426).

(2) Gosselin. Coïncidence de l'hydarthrose du genou avec les kystes multiples du jarret (*Gaz. des hôp.*, juillet 1868).

(3) Verneuil. Des kystes poplités accompagnant les tumeurs blanches (*Mém. Soc. chir.*, t. II, p. 369.)

(4) Baudouin. Des kystes tendineux synoviaux de la région poplitée. Thèse, Paris, 1855.

(5) Legras. Des kystes des bourses séreuses synoviales tendineuses du cœur poplité. Thèse, Paris, 1873.

© BIU Santé

on trouve la paroi du kyste. Elle est transparente et laisse voir son contenu, épais, gélatineux. Dissection attentive de la poche, relativement facile sur toute la partie externe. A ce niveau, la tumeur est légèrement lobulée. En dedans, au niveau du bord externe du jumeau interne, adhérence absolue et malgré les précautions les plus minutieuses, d'un coup de ciseaux la poche est ouverte, le liquide contenu s'écoule à l'extérieur. On peut alors voir la face profonde de l'enveloppe kystique, elle est lisse, unie, régulière. En dedans, au niveau du jumeau, elle est épaissie, et, en s'avançant vers la profondeur, prend un aspect absolument fibreux ; pour l'enlever complètement, il faut réséquer des fibres du muscle jumeau. A la partie profonde, adhérence avec la face postérieure du ligament postérieur, et au centre de cette paroi, on peut voir un orifice arrondi de 7 à 8 millimètres de diamètre et donnant accès dans l'articulation du genou. Par cet orifice, s'écoule de la synovie, transparente, filante, normale. La poche est complètement détachée du ligament postérieur et enlevée par conséquent dans sa totalité. Un drain est placé au fond de la plaie, lavage avec la solution phéniquée ; douze points de suture superficiels au fil d'argent, légère compression avec une éponge pour accoler les parties profondes et pansement de Lister. Au-dessus du pansement, enveloppement avec l'ouate et immobilisation du membre dans une gouttière.

Le matin, avant l'opération, la température était à 37°,4 ; elle était descendue le soir à 36°,4 ; le lendemain matin, elle remontait 37°3, le soir à 38°2, et depuis ce temps, elle a oscillé entre 37° et 38°, sans jamais atteindre ce dernier chiffre.

Le lendemain de l'opération, la malade se plaint toute la journée de souffrir, non pas au genou, mais vers la partie externe de la jambe, de douleurs vives s'irradiant vers la partie inférieure du membre et se limitant aux deux derniers orteils. Injections de morphine. Les douleurs persistent, toujours localisées au même point jusqu'au 20 mai. Ce jour, on enlève le pansement ; le creux poplité est souple, les parties profondes sont réunies complètement ; on enlève les points de suture superficiels. La partie moyenne semble réunie, aux deux extrémités, les deux lèvres de la plaie s'écartent légèrement. Il n'y a pas de suppuration.

Dès ce moment, les douleurs disparaissent, et ainsi se trouvait justifié le diagnostic, porté la veille, de la possibilité d'avoir enserré une des branches du sciatique poplité dans un des points de suture.

Tout marche rapidement vers la guérison, le drain est peu à peu diminué de longueur, et le 29, il ne restait plus qu'une plaie linéaire, large de 3 millimètres dans toute la partie supérieure de l'incision où la réunion par première intention n'avait pas réussi.

La malade sort le 12 juin 1883. Depuis quatre ou cinq jours, elle se levait et marchait sans éprouver la moindre gêne du côté de son articulation (1).

Plusieurs points intéressants peuvent être relevés dans cette observation, dont l'interprétation peut être utile à l'histoire des kystes du creux poplité.

L'apparition simultanée de l'hydarthrose et du kyste, fait fréquent et signalé par Gosselin, nous indique qu'au début de l'affection il existait manifestement une communication entre la cavité articulaire et la cavité kystique, et par suite, si l'on admet la théorie de Foucher sur la formation des kystes poplités, que l'on avait affaire à une bourse séreuse du jumeau communiquant normalement avec l'articulation. La réductibilité de la tumeur, la marche de l'hydarthrose disparaissant par le repos, pour réapparaître quelques jours après à la suite de fatigue, étaient autant de preuves de cette communication.

Après la première ponction, l'hydarthrose ne reparut plus, le kyste est revenu seul et après l'injection iodée faite dans ce nouveau kyste, aucun phénomène inflammatoire n'est survenu du côté de l'article. La question, dès lors, se posait, la communication était-elle oblitérée ? La coïncidence de la disparition de l'hydarthrose avec l'absence de réaction du côté du genou après l'injection iodée devait le faire penser.

Lorsque la malade vient la troisième fois, l'irréductibilité est manifestement constatée, la supposition de l'oblitération devenait presque une certitude et l'excision de la poche semblait ne devoir présenter aucun danger.

L'opération, en permettant l'anatomie pathologique du kyste, a démontré que ces déductions, toutes logiques qu'elles paraissaient, toutes basées sur les opinions des auteurs qu'elles étaient, n'étaient pas la vérité.

Un kyste poplité irréductible peut largement communiquer avec l'articulation du genou.

L'orifice que l'on trouvait au fond de la poche était assez grand, 8 millimètres, presque un centimètre ; pendant l'opération, l'extension de la jambe ne le fermait nullement et quelle que fût la position de celle-ci, il restait toujours béant. A quoi donc attribuer l'impossibilité de la réduction ?

Il nous est difficile d'admettre, dans le cas que nous rapportons, la théorie de Foucher pour un cas analogue. « En ouvrant l'articulation, dit-il à propos d'une de ses autopsies, pour explorer la face interne de la capsule fibreuse (du kyste) adhérente à la capsule du condyle interne, j'aperçus, *non sans peine*, une *fente* transversale à bords déchiquetés, d'un centimètre de longueur, existant sur la capsule fibreuse près de son insertion au fémur et conduisant dans le kyste, dont le contenu arrive alors dans l'articulation... Matière gelée de pomme ; *la pression du kyste avant l'ouverture de la poche n'avait pas écrasé cette matière*... La synoviale du genou ne contenait aucune trace de liquide... Je cherchai le motif de cette non-pénétration. Le peu de fluidité de la matière contenue pouvait être un obstacle en présence d'une ouverture d'un centimètre. Je remplis la poche kystique d'eau ; le genou dans l'extension, il n'en passa pas dans l'articulation ; je fléchis l'articulation et le kyste se vida aussitôt. La capsule relâchée quittait le condyle et dès lors le liquide pouvait affluer dans la synoviale du genou. »

L'hypothèse que nous venons de rapporter et l'expérience qui tend à la prouver expliquent bien dans le cas particulier l'irréductibilité dans l'extension, mais *nullement* (ce que l'on peut constater dans notre observation), *l'irréductibilité dans la flexion* ; de plus, il nous semble difficile d'assimiler *la fente à peine visible trouvée à grand'peine* dans l'autopsie de Foucher à l'orifice arrondi, régulier, de grand diamètre relativement, que nous avons trouvé chez notre malade.

De plus, une remarque sur laquelle n'ont pas, suivant nous, suffisamment insisté les auteurs, c'est la différence manifeste des deux liquides, l'un épais, gélatineux, gelée de pommes, confiné dans la poche kystique, et l'autre, limpide, transparent, filant, localisé dans la cavité articulaire ; ces deux liquides étaient bien séparés chez notre malade, et ce n'est qu'après que l'on a eu vidé la poche kystique que la synovie a coulé par l'orifice de communication.

Aussi, sans rejeter complètement l'explication de Foucher, il nous semble naturel d'admettre que l'irréductibilité des kystes poplités est due, la plupart du temps, à la consistance même du contenu du kyste. Chez notre malade, au début de son affection, tant que le liquide fut limpide, mobile, qu'il ne présenta pas la consistance gelée de pommes (qu'il présenta plus tard, peut-être à cause des ponctions), tant que la poche kystique ne fut qu'un diverticulum de l'articulation du genou et contenant comme elle la sérosité de l'hydarthrose, le kyste poplité fut réductible ; il ne devint irréductible que lorsque son contenu s'est épaissi ; dès lors, la communication devint en quelque sorte virtuelle n'existant réellement que lorsque la poche du kyste est vidée, la consistance même du contenu kystique formant paroi et bouchon au niveau de la communication.

(1) La malade a été revue à la fin de l'année 1885, et ne présente pas trace de récidive.

© BIU Santé

Si, abandonnant l'anatomie et la physiologie pathologique, nous rentrons dans le domaine clinique, de tout ce qui précède on peut tirer cette conclusion différente de celle à laquelle sont arrivés bien des auteurs, que si la réductibilité du kyste poplité prouve certainement la communication avec l'articulation, l'irréductibilité ne prouve nullement l'absence de cette communication, et nous croyons que, dans ce cas, une hydarthrose passée ou actuelle ayant accompagné ou accompagnant un kyste poplité a une valeur séméiologique beaucoup plus importante.

De là aussi le précepte de s'entourer de toutes les précautions antiseptiques lorsque l'on tente d'exciser la poche d'un kyste poplité ; ce n'est, souvent, qu'après avoir ouvert l'articulation du genou que l'on s'aperçoit que le kyste communiquait, et si l'on n'a pris toutes les précautions dont on s'entoure pour l'arthrotomie, on fait courir à son malade tous les dangers d'une plaie articulaire (1).

Cancer primitif du cœcum. Mort par perforation intestinale (2) ;

Par Paul BLOCQ, interne des hôpitaux.

Observation.— Pierre M....., représentant de commerce, âgé de 51 ans, entre dans le service de M. le Dr Straus à l'hôpital Tenon le 4 janvier 1886 et occupe le lit n° 9 de la salle Andral.

Sa mère serait morte d'une maladie du foie ayant duré 8 ans, à l'âge de 58 ans. Son père, âgé de 80 ans, vit encore. Lui-même a toujours été en bonne santé; toutefois, il a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans, et un ictère de peu de durée, probablement catarrhal, il y a 2 ans.

L'affection actuelle remonte à 15 mois, époque à laquelle à la suite de peines morales vives, dit-il, il commença à se plaindre de sensations de gêne et de pesanteur dans le côté droit, suivies bientôt de douleurs assez vives comparables à des « coups de couteau ». Peu après, il s'aperçut de l'existence dans le flanc droit d'une tumeur de la grosseur d'une noix, qui ne lui sembla augmenter de volume que depuis le mois de septembre dernier. Il n'accusa, pendant toute cette période, aucun trouble digestif, mais dès le début de sa maladie, il fut frappé de la rapide diminution de ses forces. Ses jambes enflaient légèrement dès qu'il marchait longuement, mais l'œdème disparaissait par le repos.

A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un homme amaigri, à teinte cachectique des téguments, dont la couleur jaune-paille est très accentuée. Toutefois, quoique affaibli, le malade se lève dans la journée pour s'occuper de travaux d'écriture. L'appétit est diminué; il n'y a ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée. La langue est blanchâtre et humide. L'inspection de l'abdomen est négatif, mais à la palpation, on trouve une tumeur siégeant dans le flanc droit. Elle est située à 4 travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, s'étend à 3 travers de doigt de la ligne médiane et donne la sensation d'un corps dur, régulier, lisse, arrondi et mobile. Elle est mate à la percussion dans toute son étendue. Une zone sonore la sépare de la matité hépatique ; elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. En se couchant sur le même côté, le malade éprouve des douleurs, et sent la tumeur se déplacer. L'exploration est assez douloureuse, mais la tumeur elle-même est peu douloureuse spontanément. L'exploration des autres appareils ne dénote rien d'anormal.

15 *février*. Le malade a été pris dans la soirée d'une indisposition subite. Légère élévation de température. Vomissements bilieux, ventre ballonné, très douloureux à la pression, le poids des couvertures ne peut être supporté.

16 *février*. Les phénomènes se sont amendés, la fièvre est tombée, les vomissements ont cessé.

Depuis ce temps, le flanc droit est le siège de douleurs continuelles. L'appétit se perd, la langue est constamment sèche ; il n'y a pas de modifications appréciables du côté de la tumeur.

19 *mars*. L'état cachectique s'accentue de plus en plus. La tumeur a augmenté de volume ; elle est toujours douloureuse.

15 *mai*. Depuis quelques jours, l'affaiblissement progressif du malade le condamne à rester au lit. Les douleurs persistent, exaspérées par les moindres mouvements, au niveau de la tumeur qui a encore augmenté de volume.

16 *mai*. Depuis ce matin, vomissements bilieux ; c'est la première fois, depuis le début, que le malade vomit avec persistance (si l'on excepte l'incident déjà relaté).

17 *mai*. Inappétence absolue, vomissements bilieux continus. On examine de nouveau avec soin l'état du ventre. On ne découvre la tumeur qu'à la palpation; ses limites sont les suivantes : En haut, elle est distante de 3 travers de doigt du rebord des fausses côtes, en bas elle confine à la crête iliaque, en dedans 4 travers de doigt la séparent de l'ombilic, en arrière ses contours ne sont pas nettement arrêtés. Elle est immédiatement sous-jacente à la paroi abdominale, offre une dureté mal accusée, une sorte de rénitence, jouit d'une certaine mobilité, appréciable au malade, et est extrêmement douloureuse à la pression.

18 *mai*. Vomissements persistants ; le malade rejette tous les aliments, même liquides, peu de temps après les avoir pris. Pas de constipation. Ventre modérément ballonné, extrêmement douloureux en tous ses points à la moindre pression. Pouls petit, serré, fréquent. Sensation de froid. Langue jaunâtre, sèche. La tumeur est difficilement appréciable; on sent à son niveau une certaine rénitence, mais pas la saillie dure habituelle; elle est sonore à la percussion.

19 *mai*. Mort à 4 h. du matin.

Autopsie (30 heures après la mort). — A l'ouverture de l'abdomen il s'échappe du gaz et un liquide louche, de couleur jaunâtre, dont le péritoine contient à peu près 3 litres. Les anses intestinales sont un peu injectées et recouvertes de produits membraneux peu consistants, qui leur constituent des adhérences faciles à déchirer. On trouve dans le flanc droit une tumeur adhérente à la paroi, constituée par le cœcum dont les dimensions sont, de ce fait, considérablement accrues. Un peu au-dessous de l'abouchement de l'iléon dans cet intestin, on voit une petite ouverture circulaire à bords amincis d'où sortent des gaz et du liquide. Le cœcum est aussi adhérent à la face inférieure du foie, mais on peut le détacher assez aisément de ces diverses adhérences. La paroi externe qui apparaît alors est érodée à ce niveau, partout ailleurs la surface est lisse, mais semée d'éminences d'aspect encéphaloïde, de volume variable. La paroi interne est molle, tomenteuse, réduite en un magma mou et putride. La cavité est presque remplie par un amas filamenteux, putrilagineux, rattaché à la paroi par un pédicule, ressemblant à du tissu cellulaire sphacélé. L'appendice vermiculaire est perméable, mais épaissi et de consistance plus ferme. La lésion ne paraît pas porter plus spécialement sur la valvule iléo-cœcale, dont les deux lèvres sont toutefois complètement déformées par le néoplasme. L'infiltration cancéreuse s'arrête brusquement à ce niveau, n'empiétant pas sur l'intestin grêle. Celui-ci paraît un peu rétréci par hypertrophie de ses parois. — Le foie ne contient pas de noyaux cancéreux. — La rate est molle. — Les reins pâles, mais lisses se décortiquent aisément. — Les plèvres contiennent un très léger épanchement ; les poumons crépitent bien et sont sains. — Le cœur est un peu hypertrophié. Aucune autre lésion ailleurs.

(1) Cette note a été écrite en 1883, et sa publication aurait peut-être été indéfiniment retardée, si depuis quelque temps la question de pathogénie des kystes poplités n'était de nouveau mise en discussion. L'observation qui en fait le sujet est un exemple des plus évidents de la possibilité de kystes poplités communiquant à travers une éraillure du pseudo-ligament postérieur de l'articulation du genou.

(2) Communication à la *Société anatomique*, séance du 28 mai 1886.

© BIU Santé

Examen histologique. La tumeur est formée d'un stroma conjonctif dont les alvéoles sont pleins de cellules; les caractères de ces cellules sont difficiles à tracer, car, par lésions de putréfaction, elles sont réfractaires au réactif colorant. Toutefois, dans les parties moins altérées, et notamment au niveau de la valvule iléo-cœcale, les coupes montrent l'aspect de l'épithélioma cylindrique.

Réflexions.— Il s'agit, en somme, d'un cancer primitif du cœcum non généralisé ayant abouti à une péritonite par perforation, mortelle. Cette localisation du néoplasme est assez rare, et la terminaison par perforation l'est plus encore selon l'opinion exprimée par M. le Pr Damaschino dans son traité. Nous trouvons la confirmation de cette opinion dans ce fait que les Bulletins de la Société anatomique contiennent seulement cinq cas de ce genre tous terminés par occlusion intestinale.

Au point de vue anatomique, nous aurions observé une des variétés ordinaires, car tous les faits précités se rapportent à du cancer colloïde ou à de l'épithélioma cylindrique. Notons également que l'infiltration cancéreuse n'est pas prépondérante au niveau de la valvule. Mais cette relation présente plutôt un intérêt clinique. Alors, en effet, qu'il est de règle d'observer en semblable circonstance, d'une part, des signes fonctionnels très marqués et plus précisément des accès d'occlusion intestinale à répétition, d'autre part, des signes physiques peu accusés et rarement une tumeur à la palpation ; dans notre cas, on voit tout le contraire: les fonctions digestives ne sont pas troublées — ni vomissements, ni constipations, ni diarrhée, — mais, et dès le début, la présence de la tumeur est facile à déceler. Nous pensons que la tendance ulcéreuse de la tumeur explique aisément la libre circulation des matières.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'isolement des maladies contagieuses.

Il y a bien longtemps, nos lecteurs le savent, que le *Progrès Médical* demande l'isolement des maladies contagieuses. Ses plaintes, ses doléances réitérées sur le nombre toujours considérable des victimes de la contagion nosocomiale ont trouvé un écho, sinon dans l'Administration, du moins dans l'opinion et dans le conseil municipal de Paris.

Le 1er août 1884, M. Vaillant, dépassant la mesure, demandait au Conseil le transfert hors Paris, de tous les malades atteints d'affections contagieuses. Pour lui et pour tous les conseillers qui avaient apposé leur signature au bas de sa proposition, il était urgent de construire, en dehors de Paris, des pavillons isolés destinés au traitement spécial de toutes les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, etc.)

Le remède proposé par M. Vaillant n'est pas prochainement réalisable; il est bien au-dessus des ressources actuelles de la ville de Paris, et d'autre part, il soulève des difficultés matérielles et morales, que M. le Dr Chautemps, rapporteur de la 8e commission, a fait ressortir dans un travail remarquable que nous avons sous les yeux.

Avant d'examiner les moyens pratiques qui doivent permettre à la ville de Paris de s'affranchir du tribut excessif qu'elle paye aux maladies infectieuses, il convient de mesurer l'importance et la valeur de ce tribut.

Depuis quelques années, la mortalité par maladies infectieuses et notamment par fièvre typhoïde et diphthérie, n'a cessé de s'accroître à Paris, alors qu'elle diminuait dans les autres capitales, Londres, Glascow, Bruxelles. De 1865 à 1869, le nombre des décès par maladies zymotiques était de 3,10 pour 1000 habitants; de 1879 à 1883, ce nombre s'élève à 5,78 pour 1000. A Londres, le chiffre des décès par les mêmes maladies qui était de 3,63 pour mille habitants (1865-69) s'abaisse à 2,84 (1878 à 1882.) A Glasgow, à Bruxelles, même diminution.

Si nous prenons la moyenne des cinq dernières années, nous constatons qu'à Paris, 12 décès sur 100 sont le résultat de maladies que des travaux d'assainissement et une police sanitaire bien organisée permettraient d'éviter en partie, sinon en totalité. A Bruxelles, après la création du bureau d'hygiène, la mortalité par fièvre typhoïde est tombée de 0,91 pour 1000 à 0,40 pour 1000, celle de la scarlatine de 0,42 à 0,12 et celle de la diphtérie de 0,72 à 0,29.

En Angleterre, depuis la création du *Local Government Board*, de 1871 à 1882, il a été dépensé 1598 millions pour améliorer la salubrité publique. La mortalité générale, qui était de 22,44 pour 1000, est tombée à 19,85. Chaque année, 70.000 existences sont ainsi conservées.

Au dire de M. Monod, l'ancien préfet du Calvados, si l'on arrivait en France, par l'organisation d'un service de la santé publique et par l'assainissement des villes, à faire baisser la mortalité dans la même proportion qu'on l'a fait en Angleterre, nous sauverions chaque année 100.000 existences, un million en dix ans. Ces existences qu'on doit sauver, puisqu'on le peut, sont d'autant plus précieuses, que les maladies zymotiques frappent surtout les sujets jeunes et ne respectent pas plus les forts que les faibles. Le tribut que nous payons à ces maladies *évitables* est donc prélevé sur le plus pur et le plus généreux de notre sang. C'est l'avenir de la race, c'est l'espoir des générations, qui est ainsi incessamment entamé et moissonné dans sa fleur.

Comme le fait remarquer M. Chautemps, toutes les maladies infectieuses ne sont pas justiciables de la même méthode prophylactique. La fièvre typhoïde peut être évitée par des travaux d'assainissement ; les fièvres éruptives au contraire sont justiciables de l'isolement. Il n'est pas démontré que la fièvre typhoïde et le choléra soient transmissibles directement de l'individu sain à l'individu malade, par simple émanation ou transfert du contage. Ce mode de transmission est au contraire universellement admis pour la variole, la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la diphtérie. Pour cette dernière catégorie de zymoses, l'isolement *rigoureux* et *absolu* doit être préconisé. Or, il est à peine ébauché dans les hôpitaux de Paris; des centaines d'enfants sains ou atteints d'affections légères contractent à l'hôpital des maladies mortelles. L'incurie administrative qui n'a rien fait ou qui n'a pas assez fait pour supprimer la promiscuité fatale qui règne dans les hôpitaux d'enfants, est donc responsable des milliers d'existences que cette promiscuité a détruites depuis cinquante ans.

Actuellement la diphtérie est isolée à l'hôpital Trous-

© BIU Santé

seau et aux Enfants-Malades ; cependant, il y a encore des cas intérieurs qui dénoncent l'imperfection de cet isolement. Il ne suffit pas d'enfermer les enfants dans un pavillon spécial pour obtenir l'isolement réel et absolu ; il est indispensable que l'isolement s'étende au personnel médical et aux employés de toute catégorie chargés d'assurer le service. Tant qu'on n'aura pas réalisé cet isolement, on ne devra pas s'étonner de la présence des *cas intérieurs*.

Est-il besoin d'insister sur la nécessité urgente de l'isolement de la rougeole, si meurtrière dans nos hôpitaux d'enfants ? L'affectation d'un pavillon spécial à cette maladie s'impose depuis longtemps. Bientôt l'hôpital des Enfants-Malades et l'hôpital Trousseau pourront s'agrandir par le retour à l'Assistance publique de nombreux immeubles qu'elle a loués à bail aux particuliers. En attendant, il est du devoir de l'Administration d'isoler autant que possible, dans des salles spéciales, toutes les fièvres éruptives sans exception.

La question de l'isolement des varioleux a beaucoup préoccupé le Conseil municipal et l'honorable rapporteur de la 8e commission, M. Chautemps. Les baraques réservées aux varioleux à Saint-Louis et à Saint-Antoine, sont un danger pour les autres malades ; le nombre des cas intérieurs est toujours relativement élevé. Comme il est impossible d'isoler complètement ces pavillons, M. Chautemps propose la construction de deux petits hôpitaux excentriques réservés aux varioleux. Ces hôpitaux, de 150 lits chacun, suffiraient largement à assurer le service de l'isolement de tous les cas de variole, même en présence d'une recrudescence épidémique qu'il faut prévoir, malgré l'extension de plus en plus grande de la vaccine. Si les 300 lits de varioleux devenaient insuffisants, l'Assistance publique pourrait facilement établir à Créteil, sur les terrains inoccupés qu'elle possède, une sorte de camp pour les convalescents de variole. Avec la possibilité d'évacuer rapidement les convalescents, les hôpitaux projetés seraient largement suffisants. Enfin si le choléra faisait une nouvelle apparition, il serait tout indiqué de réserver pour ses victimes un des hôpitaux excentriques dont nous parlons. Le projet de M. Chautemps est fort bien étudié et paraît d'autant plus réalisable que l'auteur a eu soin d'indiquer dans son rapport l'emplacement et le plan d'un de ces hôpitaux à bon marché qu'il patronne si éloquemment.

L'Assistance publique vient d'acquérir, place du Danube, au delà des Buttes-Chaumont, l'emplacement de l'ancien marché aux fourrages qui confine aux fortifications. La superficie de cette propriété, qui atteint 20.474 mètres, permet d'établir facilement un hôpital de 150 lits, ne comprenant qu'un rez-de-chaussée et qu'on pourra entourer d'une zone neutre de 18 mètres de largeur, *zone d'isolement*, inaccessible au personnel et aux malades. Ce vaste terrain a coûté 401.513 francs ; l'hôpital projeté, construit en briques et bois, coûterait 650.000 francs, total 1.051.513 francs.

Il faut maintenant chercher un emplacement analogue sur un autre point excentrique de Paris ; quand on l'aura trouvé, on pourra assurer, à peu de frais, l'isolement absolu des varioleux. L'évacuation des pavillons de Saint-Louis et de Saint-Antoine mettra à la disposition de l'Assistance publique des terrains qui ont une grande valeur et qu'elle pourra utiliser pour des agrandissements nouveaux. Le prix de ces terrains doit être défalqué du prix d'établissement des hôpitaux de varioleux ; en faisant ces calculs, M. Chautemps assure que la création de deux hôpitaux isolés, de 150 lits chacun, ne coûtera que 800.000 francs. Cette somme est bien minime quand on la compare aux sacrifices énormes que la ville de Londres s'est imposés pour assurer l'isolement des varioleux.

Les varioleux de Londres sont soignés dans cinq petits hôpitaux intérieurs et dans un hôpital maritime installé sur la Tamise, à sept lieues en aval de Londres. Deux bateaux à vapeur transportent les malades à l'hôpital maritime composé de l'*Atlas* (femmes et enfants), de la *Castalia* (hommes) et de l'*Endymion* (administration). Ces bateaux contiennent 300 lits ; 130 à 160 lits seulement existent dans les hôpitaux intérieurs du *Métropolitan Asylum Board*. Il faut ajouter à ces hôpitaux le camp des convalescents (*Daventh-Camp*) qui est composé de tentes. Pour 500 lits de varioleux dont la municipalité de Londres dispose, on voit quelles sommes énormes elle doit dépenser, et quel personnel administratif et médical elle met en mouvement. Non seulement les hôpitaux sont pourvus de médecins, mais encore un médecin est attaché à chaque bateau à vapeur chargé du transport des varioleux. Il est certain que le système de M. Chautemps, qui assure 300 lits à l'Administration, sans compter le camp de Créteil, est incomparablement plus simple et plus économique. Si nous ajoutons qu'il réalise l'isolement des varioleux dans de bonnes conditions, nous lui aurons rendu entièrement justice.

Il est, au point de vue de l'hygiène publique, un côté fort intéressant à étudier. Si les indigents consentent à entrer dans les hôpitaux, les malades de la classe riche ne sauraient s'y résoudre. Les personnes de la classe aisée qui sont atteintes de variole continuent donc à être soignées à domicile, malgré les dangers qu'elles font courir à leur entourage et à leur voisinage. Il faudrait une loi qui rendit obligatoire l'isolement des varioleux de toutes les classes de la société ; mais auparavant il faut établir des asiles spéciaux pour une catégorie de malades qui veulent des soins et un confortable qu'ils sont disposés à payer largement. La maison municipale de santé devrait être doublée d'une autre maison réservée aux maladies contagieuses. Voilà une lacune qui n'a pas échappé au Conseil municipal et que l'Administration sera bientôt mise en demeure de combler. Dans un prochain article nous reviendrons sur quelques points de cette importante question.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — La chaire de clinique obstétricale et accouchements de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclaré vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. FAUCHÉ (Antoine-Léon-Henri), bachelier ès lettres, est nommé préparateur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Chateteau démissionnaire.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 septembre 1886. — Présidence de M. E. Blanchard.

M. Arloing continue ses recherches sur la *virulence de la tuberculose et de la scrofule*. Déjà il a démontré que la tuberculose pulmonaire infecte le cobaye et le lapin, tandis que la scrofulose ganglionnaire vraie ne produit point de lésions sur ce dernier animal. Aujourd'hui, il se demande si l'on pourrait augmenter la virulence de la scrofule au point de lui permettre d'infecter indistinctement le lapin et le cobaye. Les expériences montrent que le passage de la scrofulose sur le cobaye, pendant deux générations successives, n'augmente pas la virulence pour le lapin et ne modifie pas sensiblement celle qu'elle possédait pour le cochon d'Inde. Le résultat est différent avec la tuberculose vraie dans ses formes atténuées, telle qu'on la rencontre dans les tuberculoses locales ou chirurgicales : l'organisme du cobaye augmente la virulence de ce virus tuberculeux affaibli alors qu'il ne semble exercer aucune influence sur le virus de la scrofulose ganglionnaire. Ce fait justifie la différence établie expérimentalement entre les deux états morbides : s'il n'est pas prouvé encore qu'ils soient l'œuvre de virus distincts, s'il faut admettre qu'ils dérivent d'un seul agent, le bacille tuberculeux à des degrés d'activité différents, au moins doit-on reconnaître que, dans la scrofulose ganglionnaire vraie, il est encore plus éloigné de sa virulence primitive que dans les tuberculoses locales.

MM. Marey et Pagès présentent l'*analyse cinématique de la locomotion du cheval*. La tendance à l'économie du travail que l'on constate, à des degrés divers, dans toutes les machines animales, paraît atteindre, chez cet animal, sa plus grande perfection. Pendant le pas, non seulement la partie antérieure du corps se meut sensiblement en ligne droite, horizontalement et d'un mouvement uniforme, mais aussi les différents rayons du membre oscillant se déplacent avec le moins de travail possible. Dans le trot et le galop, l'économie du travail est moins grande, mais elle est encore très manifeste.

M. Marey, dans une seconde communication indique les *conditions de la rapidité des images dans la chronophotographie* et le moyen d'obtenir le noir absolu.

M. Louis Ollivier étudie *la flore microscopique des eaux sulfureuses*. La présence d'organismes bactériens est constante aux griffons de toutes les eaux sulfureuses ; ces êtres prolifèrent à des températures relativement très élevées. Tous ces micro-organismes sont des accumulateurs de soufre métalloïdique. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 octobre 1886. — Présidence de M. Sappey.

M. Luys expose le résultat des recherches qu'il a faites sur l'anatomie normale et pathologique des centres nerveux. Ces recherches ont trait à un mode spécial de durcissement de la substance cérébrale et à l'emploi du plâtre pour prendre les empreintes des fibres cérébrales disséquées d'après les indications particulières.

Grâce aux procédés d'immersion de la substance cérébrale dans un bain de bichromate de potasse, puis dans l'alcool méthylique pour terminer dans une solution de chloral à saturation, M. Luys est parvenu à obtenir un durcissement de la masse cérébrale qui lui permet de détacher des fibres que l'on peut suivre dans diverses directions. On peut, de cette sorte, se convaincre qu'il existe deux systèmes de fibres blanches disposées régulièrement autour des noyaux centraux. Ces deux systèmes sont désignés par M. Luys sous le nom de fibres thalamo-corticales et ces fibres cortico-striées.

M. Luys présente en même temps le cerveau d'une hystérique morte dans son service et qui présente dans sa morphologie des dispositions du plus haut intérêt : le cerveau présente une grande irrégularité, surtout du côté du lobe gauche. On trouve à la partie supérieure du sillon de Rolando un pli supplémentaire qui s'interpose entre l'extrémité de la circonvolution pariétale ascendante et la frontale ascendante. Dans le lobe droit, la circonvolution frontale ascendante est interrompue dans sa continuité ; il existe encore un développement exagéré des lobes carrés des deux côtés et une saillie manifeste du lobule paracentral.

D'après ces faits, il semble qu'on serait en droit de modifier dans une certaine mesure la classification nosologique de l'hystérie. En effet, si jusqu'à ce jour on a admis que l'hystérie était due à des troubles dynamiques, ceux-ci ne sont, ne doivent plus être en présence des faits précédents, considérés comme seuls à constituer la maladie. Ces troubles fonctionnels qui caractérisent l'attaque d'hystérie ne sont qu'une manifestation d'un état anatomique cérébral, inhérent à l'individu et souvent héréditaire. On naîtrait donc hystérique d'après M. Luys, comme on vit et meurt hystérique.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Luys s'il pense que la circonvolution supplémentaire qu'il a constatée existe chez toutes les hystériques.

M. Luys n'a pas assez de faits pour répondre catégoriquement à cette question. Des recherches plus complètes et poursuivies dans ce but pourront seules un jour résoudre cette question.

M. Féréol désirerait savoir si M. Luys croit que la circonvolution supplémentaire fasse toujours défaut dans les cerveaux normaux.

M. Luys n'a jamais rencontré cette disposition sur les cerveaux normaux ; aussi admet-il que cette particularité constitue un pli supplémentaire. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 mai 1886. — Présidence de M. Cornil.

7. Tumeur du corps thyroïde. Mort, autopsie ; par M. Guillet, interne des hôpitaux.

La nommée L... Clémentine, âgée de 37 ans, modiste, entre le 21 janvier 1886, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, lit n° 21, service de M. Tillaux. Elle est née à Paris ; son père et sa mère sont bien portants ; elle-même n'a jamais été malade. Elle a un fils actuellement âgé de 20 ans ; depuis cet accouchement, elle a eu 3 fausses-couches consécutives. Pas de syphilis ; 4 ans après la dernière fausse-couche, il y a 5 ans, elle a remarqué que son cou augmentait de volume.

Il y a 3 ans, le cou ayant continué à grossir, la malade alla consulter M. Duguet, à Lariboisière. Celui-ci diagnostiqua un goitre, qu'il traita par des injections interstitielles de teinture d'iode. Ces injections furent répétées pendant longtemps, tous les 10 ou 15 jours, et atteignirent le chiffre de 50. Elles n'ont jamais déterminé de phénomènes inflammatoires ; la malade n'éprouvait qu'une légère cuisson, qui ne tardait pas à disparaître totalement. Sous l'influence de ces injections, le cou diminua d'environ 3 centimètres.

Le traitement fut suspendu alors pendant un an et demi.

Au mois de novembre dernier, la malade ressentit des douleurs assez vives dans les épaules et le cou ; il lui sembla aussi que ce dernier augmentait de volume. Au mois de janvier, ces douleurs devenant plus intenses, elle retourna consulter M. Duguet qui lui conseilla d'entrer dans le service de M. Tillaux, ce qu'elle fit le 21 janvier.

Etat de la malade le 4 février 1886 : Il existe au cou une tumeur arrondie, du volume d'un poing d'adulte, étendue d'une part du maxillaire inférieur à la fourchette du sternum, sur laquelle elle empiète légèrement, d'autre part du sterno-mastoïdien gauche à celui du côté droit.

Elle est située sur la ligne médiane, mais est un peu déjetée à gauche.

La peau présente sur la ligne médiane, dans une étendue de 2 à 3 centimètres, une coloration noirâtre, comme si, à

© BIU Santé

cet endroit se faisait un travail d'escharification. A ce niveau elle adhère fortement à la tumeur ; de chaque côté elle est saine et mobile sur les plans profonds. Réseau veineux assez développé sur le sternum. Pas de cyanose de la face, ni d'exophtalmie. La consistance de la tumeur est ferme, résistante, sa surface lisse. La pression est douloureuse en haut et à gauche ; le bord supérieur de la tumeur se dissimule derrière le maxillaire inférieur ; le bord inférieur se confond avec la fourchette sternale et la partie interne des clavicules ; les bords latéraux se délimitent assez aisément ; sur le bord droit, se trouvent de petites masses indurées du volume d'une petite noix, qui semblent indépendantes de la tumeur principale.

Les triangles sus-claviculaires et les aisselles ne renferment point de ganglions. La tumeur n'offre ni battements, ni mouvements d'expansion ; les pulsations de la carotide sont perceptibles le long du bord droit de la tumeur ; on ne les sent pas à gauche. Cette tumeur se laisse déplacer légèrement dans le sens latéral ; les mouvements de haut en bas sont impossibles. La circonférence du cou mesure 43 centimètres. Percussion et auscultation de la poitrine normales. Bruits du cœur normaux. Absence de souffle dans la tumeur. La voix est voilée ; il n'y a pas de cornage. La déglutition est très difficile ; la malade est obligée de se pencher en avant pour la faciliter. Pas de dyspnée ; mais céphalalgies violentes, insomnie, douleurs très intenses dans les épaules et les oreilles, fourmillements dans les membres supérieurs.

Mars. La tumeur a augmenté de volume surtout du côté gauche, l'eschare de la peau s'est étendue, les douleurs sont plus intenses, l'insomnie est complète, la déglutition de plus en plus difficile ; absence de dyspnée ; mais cyanose du visage, expectoration sanguinolente, odeur fétide de l'haleine. A partir de ce moment, l'état général devient mauvais et la malade succombe le 8 mai sans avoir présenté de symptômes nouveaux.

Autopsie. — Il existe au cou une tumeur, du volume d'un poing d'adulte, arrondie, lisse, résistante. Cette tumeur a refoulé l'os hyoïde derrière le maxillaire inférieur ; en bas, elle affleure la fourchette du sternum, avec laquelle elle ne contracte aucune adhérence. En avant, sur la ligne médiane, elle adhère à la peau, qui est escharifiée dans une étendue de 4 à 5 centimètres ; de chaque côté elle est fusionnée avec les sterno-mastoïdiens et les muscles de la région sous-hyoïdienne, qui sont atrophiés et difficiles à reconnaître. En arrière, la tumeur atteint la colonne vertébrale, dont il est cependant facile de la séparer. La trachée a été fortement repoussée à droite : elle est aplatie dans le sens transversal et présente la déformation dite en fourreau de sabre. L'œsophage a suivi le déplacement de la trachée, dont il occupe la face postérieure. L'artère carotide primitive gauche est située sur la moitié gauche de la face postérieure de la tumeur, qu'elle croise en diagonale ; le nerf pneumogastrique correspondant est situé sur un plan antérieur, ainsi que la veine jugulaire interne, qui est fortement comprimée et dans laquelle on trouve un caillot fibrineux, qui se prolonge jusque dans l'oreillette et le ventricule droit. Ce caillot n'est point adhérent à la tunique interne de la veine, ni à l'endocarde.

Le faisceau vasculo-nerveux du côté droit n'a pas subi de déplacement notable ; il occupe le bord droit de la tumeur. Les artères et les veines thyroïdiennes sont normales.

Lorsqu'on incise cette tumeur, on constate qu'elle se compose de deux parties distinctes : une paroi et un contenu. En avant, la paroi est très épaisse (1 centimètre 1/2 à 2 centimètres) ; elle crie sous le scapel et offre une coloration grisâtre. On y rencontre des tractus fibreux au milieu desquels sont disséminés de petits nodules, du volume de la tête d'une épingle, d'un blanc jaunâtre, résistants. Ces nodules sont très abondants au niveau du point où la tumeur a contracté des adhérences avec la peau. En arrière, la paroi est beaucoup plus mince (5 millimètres environ), elle semble uniquement constituée par l'élément fibreux ; on n'y voit point de nodules.

A l'incision de cette paroi, il s'écoule une petite quantité d'un liquide noirâtre très analogue à du sang altéré ; et l'on constate que la poche est remplie d'une substance brunâtre, qui se laisse facilement écraser sous la pression du doigt et qui manifestement est formée par de la fibrine coagulée. La poche est unique et ne présente aucun cloisonnement.

La tumeur est développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde ; car, à droite, existe une seconde petite tumeur ayant l'aspect et le volume du lobe droit. Cette petite tumeur présente un kyste à paroi crétacée, du volume d'une amande, ce kyste contient quelques gouttes d'un liquide noirâtre analogue à celui que renferme la tumeur principale. Absence d'engorgement ganglionnaire. Emphysème pulmonaire ; splénisations du lobe inférieur droit. Rien dans les autres viscères.

Examen microscopique. — L'examen microscopique pratiqué dans le laboratoire de M. Cornil, a démontré que les parois de la tumeur étaient uniquement constituées par du tissu fibreux et que les nodules blanchâtres correspondaient à des points de caséification.

En résumé : Goitre remontant à 5 ans, soumis à un traitement prolongé par les injections interstitielles de teinture d'iode ; diminution du goitre ; cessation du traitement pendant un an et demi ; puis apparition de phénomènes douloureux et inflammatoires au niveau de la tumeur ; mort au bout de six mois. A l'autopsie, tumeur, développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde, constituée par une grande poche unique, dont la paroi très épaisse en avant, mince en arrière, est formée par du tissu fibreux présentant des points de calcification, cette poche contient une quantité considérable de fibrine coagulée. Nous insisterons : 1° sur la nature de la tumeur, véritable poche anévrysmale, développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde ; 2° sur le traitement spécial, auquel avait été soumise la tumeur, un an avant l'apparition des phénomènes douloureux et inflammatoires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 octobre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Chauvel donne lecture d'une note de M. le Dr Fleury, de Clermont, intitulée : « *Quelques considérations sur l'état de l'intestin dans la hernie étranglée.* » L'auteur a en vue spécialement les cas dans lesquels, au moment de l'opération, on trouve l'intestin non perforé, mais aminci et réduit à sa tunique séreuse. Il rapporte deux observations de ce genre. Dans le premier cas, il s'agissait d'une hernie crurale qui avait été primitivement méconnue par un médecin ; la kélotomie faite, l'intestin fut réduit après un examen attentif qui n'avait pas révélé trace de perforation ; mais, presque immédiatement après la réduction, des matières fécales s'échappèrent par la plaie, et bientôt après le malade mourait de péritonite. Dans le deuxième cas, la hernie était étranglée depuis 7 jours lorsque le chirurgien avait été appelé à intervenir ; l'intestin ne présentait aucune solution de continuité apparente ; on le réduit, et quelques instants plus tard l'issue des matières vient annoncer la perforation de l'anse étranglée ; la mort survient au bout de 6 heures par péritonite suraiguë. Ces conditions désastreuses au point de vue des résultats de l'opération s'observent presque toujours chez des malades dont la hernie a été primitivement méconnue, ou qui n'ont consenti que trop tardivement à accepter l'opération. L'auteur conclut que, dans de semblables circonstances, il faut, au lieu de réduire, pratiquer la suture de l'intestin, ou mieux faire un anus contre nature.

M. Terrier dit que la note de M. Fleury n'apporte aucun élément nouveau dans la question. M. Fleury préconise la suture dans quelques cas ; mais comment la fait-il ? C'est ce qu'il n'indique pas suffisamment. D'ailleurs, il ne fait pas d'antisepsie, et les résultats d'opérations pratiquées sur l'intestin en dehors des précautions de la chirurgie antiseptique ne peuvent être considérés comme significatifs.

M. Le Dentu lit un rapport sur une observation d'*imperfo-*

© BIU Santé

rations de l'hymen, adressée à la Société par M. le Dr Oziecky, de Montgeron. Il s'agissait d'une fillette de 14 ans atteinte d'imperforation de l'hymen. L'hymen put fonctionner et l'on donna ainsi issue à 550 grammes de liquide. On fit ensuite avec le bistouri une petite incision. La guérison fut complète en 8 jours. C'est là un fait intéressant d'évacuation rapide réalisée sans aucun accident, qui vient s'ajouter aux autres faits analogues, cités au cours de la récente discussion sur l'imperforation de l'hymen et sur le traitement de la rétention menstruelle dépendante de cette cause.

M. Le Dentu lit un second rapport sur de *nouvelles sondes* présentées par M. le Dr Bruch, d'Alger. On sait combien il est difficile parfois de maintenir des sondes molles dans l'urèthre. On peut faciliter la fixation à l'aide du petit ajustage métallique imaginé par M. le profr Le Fort, ou encore à l'aide de mandrins de baleine. Mais tout cela rétrécit le calibre, déjà assez étroit, des sondes de caoutchouc rouge. M. Bruch a évité cet inconvénient en faisant fabriquer des sondes rigides dans leur moitié ou leur tiers antérieur, et molles (en caoutchouc rouge) dans le reste de leur étendue. Ces sondes tiennent bien en place, et M. Le Dentu se propose de les utiliser à la prochaine occasion.

M. M. Sée dit qu'il n'y a pas besoin d'instruments spéciaux pour fixer les sondes, et qu'on les maintient très bien en place à l'aide d'une épingle anglaise, passée à travers la sonde un peu en avant du méat urinaire; la présence de l'épingle ne détermine qu'une diminution de calibre insignifiante.

M. Le Dentu répond que les sondes molles sortent parfois, même quand elles ont été fixées avec tout le soin possible, et que les épingles proposées par M. Sée ne lui paraissent pas offrir plus de garanties contre cet accident. Il est d'avis que l'emploi d'une sonde rigide ou d'un mandrin est le seul moyen d'amener la fixité d'une sonde à demeure.

M. Terrier objecte que les sondes rigides sont souvent très douloureuses à tolérer, et que, de plus, elles ne s'accommodent pas aux variations de la verge.

M. Desprès dit qu'il recourt volontiers, et sans trop de crainte, à l'emploi de la sonde à demeure. Il reconnaît que les sondes en caoutchouc sont bien tolérées, mais elles sortent très souvent. Aussi leur préfère-t-il, comme sonde à demeure, la vieille sonde en gomme, qui tient très bien, et pour laquelle la tolérance s'établit plus ou moins rapidement.

M. Le Dentu rappelle la grande utilité de la sonde à demeure dans les cas de cathétérisme difficile (grosse, prostates, fausses routes... etc), et il insiste sur les avantages que présente, pour les applications particulières, la nouvelle sonde du Dr Bruch, qui tient bien sans qu'il soit nécessaire de l'enfoncer complètement dans l'urèthre.

M. Farabeuf fait une longue communication sur l'*articulation temporo-maxillaire*, envisagée au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Nous allons essayer d'en résumer le plus exactement possible les points principaux.

Le sommet de l'apophyse coronoïde est situé à une hauteur très variable, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du point sous-molaire. Il y a donc des sujets chez lesquels il ne peut jamais se faire une luxation de la mâchoire par le mécanisme de l'enrochement. La forme du sommet de l'apophyse coronoïde varie également : le sommet de cette apophyse est situé, tantôt en avant, tantôt en arrière, et dans ce dernier cas, l'apophyse coronoïde arrive facilement au contact sous-molaire, soit par son bec, soit par sa convexité. La largeur de la branche montante et les dimensions de l'arcade zygomatique dans laquelle elle joue, présentent aussi de grandes variations individuelles, et il en est de même pour la distance qui dépasse le bord antérieur de l'apophyse coronoïde du point sous-malaire.

Le ménisque inter-articulaire est réuni aux deux extrémités latérales du condyle par deux freins serrés. La capsule qui le rattache au pourtour de la cavité glénoïde du temporal forme également des freins en haut, mais ceux-ci ne sont plus latéralement situés, et ils répondent, le premier à la partie antérieure, le second à la partie postérieure de l'article. L'antérieur est tendu et le postérieur relâché, lorsque la mâchoire est au repos. Dans la prépulsion, au contraire, le frein postérieur se tend à son tour, en même temps que la partie antérieure de la capsule. Le condyle répond alors au plan incliné qui se trouve dans la racine transverse de l'apophyse zygomatique.

Le muscle temporal est élévateur et rétropulseur. Les masséters, externe et interne, sont élévateurs et plutôt prépulseurs. Ils tendent donc plutôt, en cas de luxation, à maintenir le condyle dans sa position normale. La mâchoire se meut comme une charnière sur la surface inférieure du ménisque, et l'axe de ce mouvement n'est autre que l'axe condylien. M. Farabeuf considère le fait comme actuellement établi d'une façon indiscutable. Le ménisque, lui, se meut autour du centre de la surface articulaire, c'est-à-dire autour de l'axe de la racine transverse. Le ligament stylo-maxillaire constitue un obstacle à la prépulsion, et cela d'autant plus que le condyle est plus abaissé sous l'apophyse transverse, puisque alors ce ligament se trouve plus fortement tendu. Le ligament sphéno-maxillaire se comporte d'une manière analogue, et impose comme le précédent la béance de la bouche dans la prépulsion.

En réséquant l'os malaire, en supprimant, par conséquent, la possibilité de l'accrochement, on peut constater que la mâchoire luxée expérimentalement n'en est pas moins arrêtée dans sa situation vicieuse par l'action des ligaments stylo et sphéno-maxillaires. Et M. Farabeuf pense que la persistance du déplacement est due à cette cause ligamenteuse dans un cinquième des cas environ.

M. Farabeuf termine et résume sa communication en concluant qu'il existe, d'après les expériences cadavériques, trois variétés de luxation de la mâchoire inférieure, ou, pour mieux dire, trois variétés de cause de permanence de ces luxations : 1° l'accrochement sous-malaire, qui est possible, mais non fréquent; 2° le contact sous-malaire; 3° la tension des ligaments stylo et sphéno-maxillaires, sans contact osseux par suite d'une conformation anatomique la rendant impossible.

Quant au traitement, le mode de réduction est identique dans tous les cas : il faut relâcher les ligaments postérieurs, qui sont tendus ou près de l'être, et, par un mouvement d'abaissement, triompher de la résistance des muscles élévateurs.

M. Poncet dit que la communication de M. Farabeuf ne renferme rien de probant contre la théorie de Mathieu (interposition du ménisque en arrière du condyle), et cette théorie reste tout entière debout. Quant à l'accrochement, il suffit de penser à la présence des insertions du temporal pour comprendre qu'il ne peut être solide.

M. Tillaux repousse la théorie ligamenteuse et se déclare partisan de la théorie musculaire. Le condyle se porte en avant de la cavité glénoïde, et c'est par suite de ce changement de direction que l'action musculaire maintient le condyle déplacé. Les agents de la permanence du déplacement sont le masséter et le ptéryzoïdien interne, et il faut, pour réduire, ou les mettre dans le relâchement, ou vaincre leur résistance. M. Tillaux s'élève énergiquement contre l'augmentation de la béance de la bouche comme moyen de réduction.

M. Poncet oppose à la théorie musculaire des expériences de Mathieu, dont il a été témoin, et dans lesquelles la luxation persistait après la section des muscles.

M. Farabeuf répond qu'il n'a attaqué personne dans sa communication. Il a voulu seulement indiquer trois causes de permanence du déplacement. Il maintient contre M. Tillaux son assertion, relative au mode de réduction, savoir : que pour triompher des muscles élévateurs, il faut faire un mouvement d'abaissement.

Ch. H. Petit-Vendol.

59e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

(Session de Berlin).

M. Schroeder, de Berlin. *Sur la castration dans les cas de névroses.* Hegar a raison de distinguer entre l'opération destinée à extirper des ovaires malades et celle qu'on pratique dans le but d'amener la ménopause. Dans le premier cas, les indications sont claires et faciles à remplir en principe, car elles sont d'ordre purement chirurgical. On ôte les ovaires, parce qu'ils sont dégénérés (tumeurs de volume variable), mais l'opération se fait encore dans d'autres cas pathologiques (ovarite chronique). Si un seul ovaire est malade, on fera l'extirpation unilatérale, même souvent l'extirpation partielle seule.

Mais les principes sont bien différents s'il s'agit de l'extirpation

© BIU Santé

des ovaires pour arriver à une ménopause prématurée. Là, les deux ovaires seront tous deux enlevés en totalité, cela va sans dire. On arrive à ce but même si les ovaires sont sains. Malgré cela, Hegar ne veut permettre la castration qu'en cas d'altérations pathologiques des ovaires ou d'autres parties de l'appareil génital. Il en est à émettre cette règle parce qu'il considère l'extirpation des ovaires comme autorisée seulement si l'on veut agir sur le reste de l'appareil par voie réflexe, ou si l'on veut faire disparaître des névroses ayant pour origine des ovaires malades. Schrœder n'est pas de cet avis. Il distingue avant tout l'extirpation destinée à enlever les ovaires malades de celle qui doit réagir sur les tumeurs utérines. Le premier cas n'est pas une castration proprement dite, dans le second cas, on extirpe un organe sain espérant obtenir un effet à distance sur l'organisme en général. On ne sait pas encore si les névroses dépendent de modifications pathologiques de l'ovaire et jusqu'à quel degré elles en dépendent le cas échéant. Hegar lui-même fait ressortir que les névroses sont absentes dans les cas de modifications pathologiques très importantes. Mais des modifications de peu de conséquence ne donnent souvent pas lieu à des névroses ; dans d'autres cas, on ne trouve que des actions réflexes, semblables à celles que présentent d'autres affections qui modifient la santé et les bonnes conditions d'existence.

SCHRŒDER pense que des névroses graves peuvent disparaître après la ménopause naturelle ou artificielle, sans qu'il y ait des modifications pathologiques nettes dans les ovaires. Le postulatum de Hegar qui ne veut opérer qu'en cas d'ovaires pathologiques, présente une grande difficulté, car nous ne savons pas où finit exactement l'ovaire sain et où commence l'ovaire malade. Nous n'avons pu encore déterminer par des travaux préalables, à quel moment les petits kystes de l'ovaire ou la consistance plus ou moins grande du stroma doivent être considérés comme pathologiques. On n'a pu, dans les cas de myômes utérins, arriver qu'à force d'expériences à constater que la castration (des ovaires sains), guérissait ces tumeurs. Il nous faut donc encore attendre, pour pouvoir nous prononcer à coup sûr sur la question des névroses et de leur amélioration par extirpation des ovaires sains, que de nouvelles opérations nous éclairent. Schrœder présente quelques observations de maladies à l'appui de son dire. Il a opéré 12 fois des malades de cette dernière catégorie, mais tous les cas ne sont pas encore probants, car le résultat définitif ne s'obtient qu'au bout de quelques années. 3 cas, avec excellent résultat, datent de 8 1/2, 7 et 5 ans. 2 de ces opérées se sont mariées.

Il en résulte que dans les cas où des ovaires nous paraissent normaux, la castration donne des guérisons dans des cas de névroses. Nous devrons surtout nous ingénier à déterminer quels sont ces cas. L'orateur a constaté que cette bonne influence de la castration s'observe surtout quand les irritations génésiques jouent un rôle prépondérant (1).

REVUE DENTAIRE

I. Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents ; par le Dr GALIPPE.
II. Quelques considérations sur les fistules osseuses d'origine dentaire ; par le Dr COLLE (Thèse 1885).
III. Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur ; par le Dr CHABAUD (Thèse 1855).
IV. Essai sur quelques accidents de la première dentition ; par le Dr ABADIE (Thèse 1885).
V. Leçons cliniques sur les maladies des dents ; par le Dr ANDRIEU (1884-85).

I. Les recherches publiées par M. Galippe sur les propriétés physiques des dents et leur constitution chimique constituent une remarquable étude de pathologie générale que nous sommes heureux de signaler. S'appuyant sur des expériences nombreuses et offrant un grand caractère de précision, l'auteur est arrivé à des conclusions d'une grande importance pratique, au point de vue de la distribution de la carie dentaire chez l'individu et dans l'espèce.

La qualité des dents ou, si l'on veut, leur résistance à la carie, varie non seulement suivant les races et les individus, mais encore, pour les différentes espèces de dents, chez un même individu ; cela revient à dire que chaque dent a sa vulnérabilité propre, ce que M. Galippe appelle son *coefficient de résistance*. Ce coefficient résulte de conditions intimement liées à l'évolution de l'individu, à sa nutrition, ainsi qu'aux modifications imprimées à l'état général, par les états pathologiques, transmis ou acquis. Ce qui est vrai pour les dents constituant l'appareil dentaire d'un individu déterminé, l'est également pour l'ensemble des appareils dentaires envisagés chez des individus différents. Ces appareils ont des coefficients de résistance différents.

Ce sont ces notions générales, admises par tous, dont M. Galippe s'est proposé de donner, pour ainsi dire, la démonstration pratique. A cet effet, dans la première partie de son travail, il étudie une propriété physique des dents, qui pour lui, les résume toutes, la *densité*, faisant observer d'ailleurs que cette propriété physique, comme il le démontrera plus loin, est dans un rapport constant avec la constitution chimique. La densité des dents pourra donc, étant connue, donner en général la mesure de leur coefficient de résistance. Les résultats constatés sont les suivants ; la densité des dents croît de l'enfance à l'âge adulte ; la densité des dents de lait est inférieure à celle des dents permanentes ; la densité des dents chez l'adulte subit des oscillations suivant l'état de santé ou de maladie ; la densité est plus considérable chez l'homme que chez la femme ; celle des dents de droite est supérieure à celle des dents de gauche ; la densité des couronnes est plus grande que celle des racines, etc., etc.

On voit immédiatement quelles conséquences pratiques on peut tirer des recherches de M. Galippe, et quel pas se trouve avoir fait la pathogénie de la carie. Cependant une remarque générale s'impose, lorsqu'on a suivi attentivement l'auteur : c'est que d'une part, l'observation démontre qu'il y a des différences profondes au point de vue de la résistance à la carie, entre les individus dans l'espèce ; et d'autre part, les expériences de M. Galippe sur la densité et la constitution chimique des dents montrent en réalité des coefficients de résistance dont les chiffres sont très rapprochés. Ne faudrait-il donc pas chercher aussi dans la disposition purement physique des éléments de la dent, disposition variable, parfois anormale, comme la largeur des canalicules, la présence de dentine globulaire, et d'espaces interglobulaires, etc., d'autres causes prédisposantes de la carie, causes singulièrement puissantes ? La densité de la dent, et c'est là évidemment la pensée de M. Galippe, peut et doit résumer toutes ces dispositions, mais cela n'est pas absolument démontré. Mais comme l'auteur nous promet de compléter dans l'avenir ses recherches sur la carie dentaire et ses causes, nous n'avons qu'à attendre avec confiance le résultat de ses investigations.

II. M. Colle se propose de démontrer dans ce travail que les fistules dentaires ne sont pas nécessairement produites par une dent cariée et atteinte de périostite alvéolo-dentaire, mais reconnaissent parfois pour cause la compression des maxillaires par une dent vicieusement développée. La dent de sagesse inférieure et la dent canine supérieure, quelquefois même une dent anormale surnuméraire, sont, par ordre de fréquence, les causes déterminantes de ces fistules qu'il désigne sous le nom de *fistules osseuses* d'origine dentaire. Les accidents décrits par M. Colle sont fréquemment observés pour les dents de sagesse inférieures en particulier, et il a très bien étudié leur mécanisme et leur marche ; mais nous ne saurions être d'accord avec l'auteur lorsqu'il tend à établir une distinction capitale entre les fistules dites osseuses et les fistules provenant d'une périostite alvéolo-dentaire. La périostite n'a pas besoin de succéder à la carie d'une dent pour produire des abcès et des fistules, et si ces derniers accidents se produisent précisément dans les cas observés par l'auteur ils résultent, comme toujours, d'une périostite alvéolo-dentaire produite ici par la compression osseuse sur la racine de la dent incluse. A la périostite alvéolaire, peuvent s'ajouter l'ostéite, la nécrose, etc., ces dernières complications sont exceptionnelles, en réalité ; la périostite seule suffit à produire les abcès et les fistules. Pour notre part, il nous est arrivé souvent d'enlever des dents de sagesse ayant donné lieu à tous les accidents signalés par M. Colle

(1) Nous rappelons à nos lecteurs qu'ils trouveront dans l'excellente thèse de M. Tissier tous les renseignements se rapportant à cette question. (*De l'opération de Batley*, par J. Tissier, ex-interne des hôpitaux, thèse de Paris, 1885).

© BIU Santé

et toujours nous avons trouvé sur la racine de ces dents une périostite manifeste ; le plus souvent, à la suite de l'extraction, nous n'avons observé d'autre mortification osseuse que celle produite par les manœuvres opératoires. Nous remarquerons d'ailleurs que M. Colle ne parle guère dans ses observations de l'examen des dents extraites : c'était là cependant un examen utile, nécessaire même à la démonstration de sa thèse.

En résumé M. Colle a étudié une catégorie intéressante d'accidents de l'éruption, accidents déjà bien observés, mais n'a point démontré l'origine *spéciale* de certaines fistules dentaires.

III. Nous ne voulons retenir de l'intéressante thèse de M. Chabaud que le chapitre concernant la résorption progressive des arcades alvéolo-dentaires, amenant le déchaussement et l'ébranlement des dents. Cet accident n'est pas très rare mais on l'a souvent confondu dans cet ensemble symptomatique que la description a résumé sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire*. Ce n'est que depuis quelques années qu'on a bien distingué les formes différentes de cette affection, qui prend une physionomie si différente chez les rhumatisants, les diabétiques, les ataxiques, les syphilitiques, etc. Chez ces derniers, ce qui caractérise l'affection c'est la résorption progressive des alvéoles, amenant le déchaussement, l'allongement et la chute des dents, sans suppuration et sans douleur. Ces phénomènes s'observant chez un syphilitique avéré ne laissent guère de doutes sur leur nature particulière ; mais il était important de le démontrer ; c'est ce qu'a fait M. Chabaud.

IV. Un nouvel essai sur les accidents de la première dentition n'était peut-être pas absolument indispensable, ou du moins, pour aborder à nouveau une semblable question et la rendre intéressante, il aurait fallu apporter des observations précises ou une démonstration que nous chercherions en vain dans la thèse du Dr Abadie. Après comme avant, la difficulté reste la même, et subsistera probablement bien longtemps avant de déterminer avec précision quel accident pathologique est susceptible de produire le travail de la dentition première. Il ne faut pas oublier que ce travail dure, d'une façon pour ainsi dire continue, de 6 mois à 3 ans et plus, et qu'il n'est pas une des affections de l'enfance se produisant dans cette période qu'on ne puisse mettre sur le compte d'une dentition pénible ou même normale ; c'est ce qu'on n'a pas manqué de faire, en invoquant au besoin les réflexes latents, lorsqu'il ne se manifestait ni douleurs, ni gonflement, ni symptôme quelconque du côté des gencives. D'un autre côté, lorsque ces derniers phénomènes surviennent et s'accusent, concurremment avec un état pathologique qui naît et disparaît avec eux, on est fondé à conclure en clinique à autre chose qu'à une coïncidence, mais à une relation de cause à effet. C'est ce qu'a très judicieusement démontré, ici-même, il y a déjà longtemps (*Progrès médical* 1883) le Dr Sevestre, en combattant la thèse contraire du Dr Magitot. La question se résume évidemment à faire cette part exacte de la dentition dans la pathologie infantile. Pour cela il y faut des observations nombreuses, exactes et précises. M. Abadie ne nous donne guère qu'un bon résumé d'observations déjà anciennes, ce qui n'est peut-être pas suffisant.

V. Les conseils d'un praticien rompu à la pratique de son art sont utiles à connaître pour les nouvelles générations de dentistes qui tant bien que mal se préparent dans les écoles dentaires. Aussi ceux qui ne les ont pas entendues liront-ils avec fruit les leçons cliniques de M. Andrieu faites à l'école dentaire de France en 1885. Une série de 24 leçons passant en revue, sans ordre déterminé, différents sujets de pathologie, de thérapeutique, d'hygiène et surtout les opérations dentaires usuelles suffisent à remplir un volume d'une lecture facile et attachante. Nous signalerons particulièrement les leçons consacrées à l'extraction des dents (7 leçons) qui constituent la partie capitale et originale du livre. On ne trouverait guère ailleurs les véritables indications de l'extraction, les conseils pratiques et les moyens à employer dans les cas difficiles, la description minutieuse du manuel opératoire et des divers instruments avec leurs applications. Il est bon de se rendre compte des nombreuses difficultés rencontrées dans la pratique d'une opération qui passe pour banale, et mieux encore d'apprendre à en triompher. C'est pourquoi les leçons du Dr Andrieu sont si utiles à méditer et à retenir.

Dr Cruet.

THÉRAPEUTIQUE

A propos du régime dans la convalescence ;

par M. le Dr A. Judet, ancien interne des hôpitaux.

Quand la maladie est jugulée, la convalescence nettement confirmée, la thérapeutique n'a plus guère qu'à s'effacer devant une hygiène bien entendue et un régime alimentaire sagement ménagé.

La dominante de la convalescence est la débilité qu'accusent nettement l'amaigrissement, la faiblesse musculaire, la pâleur des tissus, l'affaiblissement des fonctions nerveuses et l'atonie des organes digestifs.

Relever les forces, réparer l'appauvrissement de l'organisme, le tirer de l'état de déchéance, de misère physiologique où l'a conduit la maladie, tel est le but qu'on doit se proposer dans le traitement de toute convalescence et dont une diététique bien entendue fera à elle seule tous les frais dans la grande majorité des cas. Mais si c'est le régime alimentaire qui contribue le plus puissamment à parfaire une convalescence, c'est lui aussi qui réclame la plus active surveillance. Deux écueils à éviter : l'excès et l'insuffisance ; une alimentation insuffisante conduira à l'inanition qui deviendra la source de nouveaux accidents ; une nourriture prématurée trop abondante pourra provoquer des indigestions et amener des rechutes, elle est dangereuse si elle est absorbée, elle le devient surtout si elle s'assimile mal et fatigue inutilement des organes encore souffrants. Dans la convalescence, en effet, l'estomac et l'intestin n'accomplissent leurs fonctions qu'avec une certaine lenteur, comme pour tous les autres muscles, la contractilité musculaire du tube digestif est affaiblie, de plus les sécrétions qui concourent pour une si large part à l'acte de la digestion, ne sont pas encore complètement rétablies. On comprend combien aisément dans ces conditions peut être provoquée l'indigestion qui est le grand écueil contre lequel vient échouer la guérison attendue. Le problème consiste donc à nourrir, sans imposer à l'estomac la fatigue d'une digestion laborieuse qui s'accuse si facilement chez les convalescents par des pesanteurs pénibles, des éructations, etc.

En principe, manger peu et souvent. Dans le début, des potages, des œufs frais, des viandes blanches, certains poissons, puis se rapprocher peu à peu du régime ordinaire. Ne jamais perdre de vue non plus qu'il est essentiel de varier l'alimentation et surtout de choisir les aliments selon les goûts particuliers de l'estomac : « On supporte bien les aliments et les boissons auxquels on est accoutumé, même quand la qualité n'en est pas bonne naturellement, et l'on supporte mal les aliments et les boissons auxquels on n'est pas habitué, même quand la qualité n'en est pas mauvaise. » (Hippocrate). « L'appétence et le désir doublent en quelque sorte les aptitudes digestives de l'estomac, or, c'est généralement une faute que d'insister auprès des malades pour qu'ils prennent des aliments qui leur répugnent, alors même qu'ils sont utiles et inoffensifs de leur naturel. » (Fonssagrives).

Un adjuvant des plus précieux, dont nous retirons pour notre part, les plus grands avantages, nous est fourni par les peptones que nous administrons généralement à la dose de 4 à 6 cuillerées par jour en deux ou trois fois et pendant les intervalles de ces repas légers ; c'est un aliment nullement encombrant, bien que de grande puissance nutritive et dont le grand mérite est de pouvoir s'assimiler presque immédiatement et sans aucune fatigue pour l'estomac.

© BIU Santé

Au début de la préparation des peptones, leur saveur prononcée, leur odeur désagréable pouvaient être, dans certains cas, un obstacle à leur administration, mais aujourd'hui, grâce à de grands perfectionnements des appareils de préparation, la digestion artificielle, tout en étant parfaite, peut être arrêtée à temps pour que ces inconvénients aient complètement disparu. Nous conseillons de préférence l'emploi de la peptone *phosphatée* (*vin de Bayard*); acceptée avec plaisir par nos convalescents, c'est véritablement un aliment complet. Son phosphate de chaux en outre de sa fonction spéciale d'excitant de l'assimilation nous devient particulièrement précieux chez certains enfants où des pyrexies de longue durée tendent à provoquer une altération du système osseux.

D'une façon plus générale, nous pouvons dire aussi qu'à notre époque où l'anémie a une part si prépondérante dans la pathologie, la thérapeutique trouve dans le vin de Bayard un agent vraiment précieux pour relever le taux de l'économie et permettre à l'organisme de lutter avec avantage contre tout agent morbide. Son emploi est tout aussi nettement indiqué dans toutes les affections qui conduisent à une altération de nutrition ou à de la dénutrition, c'est ainsi que, dans cet ordre d'idées nous nous promettons de publier prochainement l'observation d'un de nos malades atteint d'ulcère de l'estomac et que nous alimentons presque exclusivement, depuis pas mal de temps déjà, avec cette préparation.

CORRESPONDANCE

A propos du projet de loi sur l'organisation de l'armée : Les pharmaciens militaires.

Monsieur le Rédacteur,

Parmi les dispositions du projet de réorganisation de l'armée présenté à l'approbation des Chambres figure la suppression des pharmaciens militaires qui seraient remplacés par des médecins. On dit, pour justifier ce changement, que ce service a fonctionné ainsi autrefois : nous répondrons que les inconvénients de cet état de choses y ont précisément fait renoncer en 1842, et que le ministre de Cissey écrivait à l'Académie de médecine en 1873 qu'après avoir étudié ce système, l'administration de la guerre ne pouvait pas s'y rallier. Est-il donc survenu dans notre milieu social des faits d'une telle importance qu'il faille remonter le cours des ans, et réunir deux fonctions qui se séparent de plus en plus à mesure que les connaissances s'accumulent? Ce sont quelques médecins influents qui ont inspiré le ministre de la guerre : ils sont en désaccord avec un grand nombre de leurs collègues, et il est étrange que dans cette affaire on n'ait pas recueilli quelques avis parmi les pharmaciens militaires qui par leur grade et leur expérience étaient qualifiés pour en donner.

A-t-on réfléchi que l'hygiène et l'alimentation des troupes exigent des analyses longues et délicates pour juger de la qualité des eaux, des farines, du vin, des médicaments? A mesure que les falsifications sont devenues plus difficiles à découvrir, la sagacité et la science des chimistes eût dû croître en proportion.

Si le changement projeté est réalisé, il est à croire que les fonctions pharmaceutiques seront peu recherchées des docteurs en médecine, parce qu'elles exigeront d'abord un stage préliminaire, puis à cause du temps plus long que doivent consacrer à leur service ceux qui en sont chargés. Le médecin visite ses malades à l'hôpital et s'en va : le pharmacien est obligé de pourvoir de médicaments les corps de troupes et beaucoup de militaires isolés ou réunis dans des établissements. Il faut aussi considérer que le maniement des médicaments donne lieu à une reddition de comptes, à la tenue de plusieurs registres : les médecins sont-ils disposés à s'assujettir à ces formalités minutieuses? C'est au moins douteux.

On lit dans le projet déposé par le ministre de la guerre que des officiers d'administration attachés aux hôpitaux auront la gestion des matières : si l'on range sous cette rubrique les médicaments, ce sera un sujet de satisfaction pour les médecins qui se verront déchargés d'une responsabilité gênante. Mais voyez la singulière conséquence : un fonctionnaire médecin maniant à sa guise des matières dont un autre fonctionnaire tout à fait étranger à ses opérations devrait compte à l'Etat. Aujourd'hui le pharmacien est seul responsable et seul compétent dans ses opérations; c'est aussi logique que possible, et les intérêts du Trésor sont parfaitement sauvegardés. Nous croyons que les médecins à qui l'on imposerait les fonctions de pharmaciens les rempliraient sans compétence et avec dégoût parce qu'on les exclura autant que possible des hauts grades; l'émulation faisant défaut, la source du zèle sera tarie et le service négligé. Les promoteurs de la réforme qui est en discussion se plaignent de la difficulté avec laquelle se recrute le corps de santé militaire; ils ont tenté de faire créer à grands frais des écoles du service de santé; croit-on que le recrutement sera plus facile quand le cadre comprendra 1,400 médecins au lieu de 1,300? La perspective d'être transformés en pharmaciens sourira sans doute à fort peu d'étudiants en médecine. Les partisans des écoles médico-militaires frapperont de nouveau à la porte du budget. Ces considérations nous paraissent de nature à provoquer l'attention des Chambres.

Veuillez agréer, etc., X.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique sur les maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne; par le Dr Moure. Paris, 1886.

L'auteur après avoir donné un aperçu rapide de l'anatomie et de la physiologie des fosses nasales décrit la rhinoscopie, puis il présente chacune des affections de ces parties, en ayant soin de précéder leurs descriptions d'une définition précise. Il traite tour à tour le coryza aigu, le coryza infantile, la fièvre des foins, le coryza purulent, le coryza chronique simple, l'hypertrophique et l'atrophique dont il admet la guérison. Puis il aborde la description du coryza professionnel, des abcès des fosses nasales, de la syphilis et de la tuberculose nasales, les dermatoses, les corps étrangers et les parasites du nez. Il étudie ensuite les tumeurs des fosses nasales : polypes, épithéliomas et rhinosclérômes et termine par un chapitre consacré à l'épistaxis. Il suit une méthode semblable pour les maladies de la cavité naso-pharyngienne, il donne un assez bon développement aux tumeurs adénoïdes et à la douche naso-pharyngienne, si utile dans les diverses affections de ces parties. Ce manuel que nous recommandons non seulement aux praticiens, mais aussi aux étudiants, donne une excellente idée de l'état actuel de la science en ce qui concerne la rhinologie. Le livre de Moure est orné de 57 figures et de 4 planches lithographiques hors texte. J. Baratoux.

Un caso di morbo d'Addison (Un cas de maladie bronzée); par le Dr Felice Lussana (Milan 1885).

L'observation détaillée de ce cas est relative à une femme de 29 ans, domestique. A l'autopsie, on trouva des lésions étendues des capsules surrénales droite et gauche qui contenaient des amas caséeux. Dans les réflexions qui suivent, l'auteur se rallie à l'opinion qui considère la maladie d'Addison, non pas comme une entité morbide, mais comme un syndrome qui peut coïncider avec des lésions variables d'aspect et de nature.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

1er TRIMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-87. — INSCRIPTIONS, CONSIGNATIONS ET TRAVAUX PRATIQUES.

I. *Inscriptions.*

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 14 octobre. Il sera clos le samedi 20 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 14, vendredi 15, samedi 16, mercredi 20, jeudi 28, vendredi 29 octobre, et les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5, samedi 6 novembre. (La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours.)

2° Inscriptions de troisième et quatrième année de doctorat, de

© BIU Santé

deuxième, de troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, et samedi 20 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 9 novembre 1886.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1885-86. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions sont refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.*

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 11 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le 1er examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 11 et le mardi 12 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.*

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ;
2° Les docteurs français ;
3° Les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 48 fr., payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiants.*

Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1886-87, seront délivrées au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 11 octobre 1886.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique), les mardis et vendredis, jusqu'au 16 novembre inclus, et de 1 heure à 2 heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Deuxième session du Congrès français de chirurgie.

On peut se faire inscrire, pour être membre de la deuxième session, jusqu'au jour de l'ouverture du Congrès ; envoyer 20 fr. par mandat-poste à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme.

Voici l'ordre des séances du deuxième Congrès de chirurgie, qui auront lieu à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine :

Lundi 18 octobre. — A deux heures : Séance d'inauguration. — Discours du président. — Compte rendu financier du secrétaire général.

Communications : Reverdin (de Genève) : Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde. Docteur Thiriar (de Bruxelles) : Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale. Prof. Guyon (de Paris) : Des indications et contre-indications de la lithotritie.

Mardi 19 octobre. — A 9 heures et demie du matin : Nature, pathogénie et traitement du tétanos. — A trois heures : Questions diverses.

Mercredi 20 octobre. — A neuf heures et demie du matin : De la néphrotomie et de la néphrectomie. — A trois heures : Questions diverses.

Jeudi 21 octobre. — Pas de séance. — Visites et démonstrations dans les hôpitaux.

Vendredi 22 octobre. — A neuf heures et demie du matin : Des résections orthopédiques. — A trois heures : Questions diverses.

Samedi 23 octobre. — A neuf heures et demie du matin : De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — A trois heures : Séance de clôture. — Nomination du bureau pour la prochaine session. — Questions diverses.

Avis. — Les membres de la 2e session qui ne posséderaient pas le premier volume des Comptes rendus sont prévenus qu'ils peuvent se le procurer chez l'éditeur M. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, avec un rabais de 4 fr. (10 fr. au lieu de 14 fr., prix fort), sur la simple présentation de leur quittance pour la cotisation de la 2e section. — L'ordre du jour des séances de chaque jour sera publié la veille.

Des Salons de lecture et de réunion sont mis à la disposition de MM. les membres du Congrès, au café Soufflot, rue des Ecoles, au 1er étage. Un déjeuner, à prix fixe, y sera servi de midi à une heure, pendant la durée du Congrès. — Les membres du Congrès qui désirent prendre part au Banquet qui aura lieu à l'Hôtel Continental, le jeudi 21 octobre, à 7 h. 1/2, sont priés de se faire inscrire, dès le 18, auprès du Secrétaire général.

Les billets de demi-place sont valables : Du 16 au 26 octobre pour les chemins de fer de l'Etat ; du 14 au 25 octobre pour la ligne de Lyon. Pour les chemins de fer de l'Etat, il suffira pour l'aller de présenter au guichet du départ la carte de membre du Congrès ; pour le retour on présentera au guichet de la gare de Paris cette même carte où l'on aura dû faire apposer le timbre du Congrès. Les billets de demi-place délivrés par la Cie de Lyon sont envoyés directement aux membres qui en ont fait la demande au Secrétariat général avant le 1er septembre.

S'adresser pour toutes les rectifications et tous les renseignements à M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

Concours de l'externat des Hôpitaux de Paris.

Au concours de l'externat des hôpitaux de Paris seront membres du jury : MM. Chantemesse, Ballet, Hirtz (Edgard), Gaucher, Marchant, Bazy et Richelot.

La rage.

Nous publions sous toutes réserves et à titre de documents les deux faits suivants relatés dans les journaux politiques :

« Nous avons sous les yeux une lettre venue de France et écrite par une personne dont nous ne pouvons suspecter la sincérité. Elle relate un fait que nous croyons devoir publier.

« Le garde chasse d'un propriétaire qui habite le département de la Sarthe avait été mordu par un chien, il y a un peu plus de 2 mois. Ce chien fut abattu, mais à la suite de l'autopsie, il fut reconnu qu'il n'était pas enragé. Cependant, pour plus de sécurité et pour dissiper toute inquiétude, le propriétaire envoya son garde à Paris chez M. Pasteur. Celui-ci fit trois inoculations. Le garde revint et tout le monde était convaincu que rien de fâcheux ne lui arriverait, lorsque subitement le malheureux fut pris de contractions à la gorge et de l'horreur du boire. C'était la rage ; peu de temps après il succombait dans d'horribles souffrances.

« Le chien était-il enragé ou bien les inoculations communiquèrent-elles la rage au patient, auquel une morsure non virulente, n'a pu la communiquer et qui ne l'aurait pas eu sans médication ?... La question est assez importante pour faire l'objet d'un sérieux examen ! Pour nous, nous commençons à craindre que M. Pasteur ne détrône pas de sitôt St-Hubert.

(*Le Patriote de Bruxelles*).

On lit, en outre, dans un bon journal français du 2 octobre 1886 le fait suivant que nous publions encore à titre de renseignement :

« Le 24 février dernier, le jeune Mathieu Videau, de Villenave-d'Ornon, fut attaqué par un chien qui le mordit au sourcil droit et au poignet droit ; le blessé était manchot de naissance. L'enfant fut amené le surlendemain à Paris, où le Dr Grancher lui fit neuf injections antirabiques, dans le laboratoire de

© BIU Santé

M. Pasteur. Le 8 mars, la mère et l'enfant revenaient à Villenave-d'Ornon, et rien, depuis cette date, ne s'était produit d'anormal dans la santé de l'enfant, lorsque le jeudi 23 septembre, il refusa tout à coup de manger.

« La nuit de jeudi à vendredi fut calme. Le vendredi, l'enfant refusa à boire et n'avala que deux biscuits. Le soir, couché près de sa mère, il ressentit quelques accès et fut pris de tremblements.

« Les personnes qui entouraient le malade remarquèrent combien ses yeux s'étaient creusés. Un changement notable s'était aussi produit dans le timbre de la voix ; de clair, d'argentin, il était devenu rauque et nasillard.

« Dans la nuit, il dit tout d'un coup à sa mère : « Veux-tu que je te mange? » Ce disant, il se précipita sur elle ; mais il ne réussit qu'à lui serrer la joue droite avec les lèvres, sur lesquelles apparut aussitôt une écume blanchâtre. Dans l'après-midi, le Dr Vignes, du village Le Bouscaut, qui avait déjà diagnostiqué l'état hydrophobique de l'enfant, vint et lui présenta un miroir. Le brillant de l'objet fit pousser au patient des cris terribles. Dans la soirée, à huit heures quarante-cinq, après des accès suivis d'accalmies, le jeune Mathieu Videau rendait le dernier soupir. Depuis deux jours il n'avait rien bu ; il y avait jour pour jour 7 mois qu'il avait été mordu. (*Temps*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 sept. 1886 au samedi 2 oct. 1886, les naissances ont été au nombre de 1143 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 168. Total, 571. — *Sexe féminin* : légitimes, 426 ; illégitimes, 166. Total, 572.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 sept. 1886 au samedi 2 oct. 1886, les décès ont été au nombre de 903, savoir : 469 hommes et 434 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 13, F.15,T. 28.Variole : M. 1, F. 1, T. 2.— Rougeole : M. 3, F. 8, T. 11.— Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3.—Coqueluche : M. 4, F. 6, T. 10.— Diphthérie, Croup : M. 10. F. 10, T. 20.—Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.—Erysipèle : M. 1, F. 0, T. 1. —Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques: M. 00, F. 00, T. 00.—Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 17, F. 16, T. 33. — Phthisie pulmonaire : M. 94, F. 87, T. 181. —Autres tuberculoses : M. 7, F. 9, T. 16.— Autres affections générales : M. 22, F. 35, T. 57.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 16, F. 19, T. 35. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 10, T. 26. — Pneumonie : M. 8, F. 6, T. 14. — Athrepsie : M. 71, F. 65, T. 136. — Autres maladies des divers appareils : M. 138, F. 118, T. 256. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 21, F. 6, T. 27. — Causes non classées : M. 7, F. 9, T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 12.Total : 46 — *Sexe féminin* : légitimes, 26; illégitimes, 11. Total : 37.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont appelés à l'exercice, à partir du 1er novembre 1886, les agrégés des facultés de médecine dont les noms suivent :

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : MM. Moussous, pathologie interne ; Pousson, chirurgie ; Ferré, anatomie et physiologie ; Nabias, histoire naturelle. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille* — MM. Lemoine, pathologie interne ; Chuffard, pathologie interne ; de Lapersonne, chirurgie ; Assaky, anatomie et physiologie ; Barrois, histoire naturelle ; Lambling, chimie : Morelle, chimie ; Thibault, pharmacie, — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon*. MM. Weil, pathologie interne ; Rodet, anatomie et physiologie ; Jaboulay, anatomie et physiologie ; Hugonneng, chimie ; Didelot, physique ; Florence, pharmacie. — *Faculté de médecine de Montpellier*. MM. Forgue, chirurgie ; Truc, chirurgie ; Gerbaud, accouchements ; Gilis, anatomie et physiologie ; Malosse, physique. *Faculté de médecine de Nancy*. MM. Vautrain, chirurgie ; René, anatomie et physiologie ; Nicolas, anatomie et physiologie; Guérin, chimie. — *Faculté de médecine de Paris*. MM. Quenu, anatomie et physiologie ; Villejean, chimie.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES ET ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — L'Association française pour l'avancement des sciences et l'association scientifique de France, fondée par Le Verrier en 1864, toutes deux reconnues d'utilité publique, formeront désormais une seule et même association.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECINS-ADJOINTS DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE BORDEAUX. — Deux places de médecins-adjoints des hôpitaux et des hospices seront mis au concours le mardi 14 décembre 1886.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. BLAREZ, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie à la dite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE. — Nous avons annoncé dans le *Progrès médical* (n° 49, 5 décembre 1885, p. 694), que M. FIRKET était nommé agrégé spécial et chargé d'un cours de bactériologie ; aujourd'hui nous apprenons que M. Charles Firket vient d'être nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique. Comme à cette époque, nous applaudissons à cette nouvelle nomination et en félicitons notre confrère et la faculté de Liège.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. LEMOINE, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de thérapeutique et de matière médicale à la dite Faculté. — M. LAMBLING, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lillle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie médicale à la dite Faculté. — M. ASSAKY, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie à la dite Faculté. — M. de LAPERSONNE, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'ophthalmologie à la dite Faculté, en remplacement de M. Cuignet démissionnaire. — M. LESCŒUR, professeur de chimie médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie minérale et toxicologie à la dite Faculté. — M. DEMON, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'accouchements à la dite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. CARRIEU, agrégé près la faculté de médecine de Montpellier, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie pathologique et histologie à ladite faculté. — M. BIMAR, agrégé près la faculté de médecine de Montpellier est chargé pour l'année scolaire 1886-1887 d'un cours d'anatomie à ladite faculté. M. MOSSÉ, agrégé près la faculté de médecine de Montpellier, est chargé pour l'année scolaire 1886-1887 d'un cours de thérapeutique et matière médicale à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GILIS, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, en outre temporairement, des fonctions de chef des travaux anatomiques à la dite Faculté.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. DRUHEN (Etienne), professeur de pathologie externe et médecine opératoire à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé à la dite Ecole, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique obstétricale et gynécologie, en remplacement de M. Sanderet de Valonne, nommé professeur honoraire. — M. CHAPOY, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé à la dite Ecole à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Druhen (Etienne), appelé à d'autres fonctions. — M. GAUDERON, suppléant des chaires de pathologie et clinique externes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé à la dite Ecole, à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie interne en remplacement de M. Druhen (Ignace), nommé professeur honoraire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. LEDRU, professeur de pathologie externe à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé pour trois ans, directeur de la dite école. — M. GROS, licencié ès sciences, est institué pour neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. HELD, agrégé près l'école supérieure de pharmacie de Nancy, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de pharmacie à ladite Ecole.

NÉCROLOGIE.— M. PORTEAU (du Poiré, Vendée), aide-médecin de la marine, mort en Cochinchine il y a quelques semaines. — M. le Dr J. CHARPIGNON, d'Orléans. — M. le Dr MUGNIER, mé-

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 42. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 OCTOBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sur un cas de contracture spasmodique d'un membre supérieur survenue chez l'homme en conséquence de l'application d'un appareil à fracture ;

Leçon recueillie par M. le Dr BABINSKI, chef de clinique.

Messieurs,

Le malade qui va être l'objet de la leçon d'aujourd'hui est, comme vous le voyez, un homme d'une apparence vigoureuse ; il présente un nouvel exemple de ces affections hystéro-traumatiques sur lesquelles nous avons particulièrement insisté cette année et l'année dernière. On ne saurait, je pense, trop multiplier les faits dans ce domaine encore insuffisamment exploré et qui, si je ne me trompe, promet cependant pour l'avenir une ample moisson de résultats d'un grand intérêt pratique.

Cet homme offre, comme vous le voyez, une contracture du membre supérieur gauche qui depuis plusieurs mois le prive de tout mouvement.

La contracture s'est développée chez lui, pendant le temps où le membre était enveloppé d'un appareil plâtré dont l'application avait été nécessitée par une fracture des os de l'avant-bras ; fracture déterminée elle-même par la chute d'un corps lourd — à savoir une moitié de bœuf, pesant, paraît-il, environ 1,000 kil., — sur cette partie du corps.

Eh bien, Messieurs, nous nous proposons de démontrer que cette contracture, qui est une conséquence plus ou moins directe du traumatisme, est de nature hystérique. Nous chercherons ensuite à interpréter le mécanisme qui a présidé à son développement.

Voici, en quelques mots, l'histoire clinique de ce malade : C'est un homme de 30 ans, nommé Dum..., né dans la Dordogne et n'habitant Paris que depuis cinq ans. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. C'est un garçon sans aucune éducation, qui a vécu à la campagne jusqu'à l'âge de 25 ans ; il gardait les moutons, allait dans les foires et tuait les animaux pour les bouchers. Depuis qu'il est à Paris il a travaillé chez différents bouchers de la ville et dans les abattoirs. Il n'a jamais, assure-t-il, fait d'excès de boisson ; il a, comme la plupart de ses camarades, paraît-il, l'habitude assez répugnante de boire tous les jours plusieurs verres de sang. « J'aime mieux le sang que le vin, dit-il, cela donne plus de force. »

L'accident qui nous intéresse particulièrement est survenu dans les conditions suivantes : Il y a de cela 4 mois et demi environ — le malade ne peut préciser la date exacte ; — il était aux halles centrales occupé à décrocher, avec l'aide d'un de ses camarades, un demi-bœuf dont le poids était considérable ; le crochet cassa, et le malade fut renversé, son bras gauche pris sous le le bœuf. Il assure qu'il n'a pas perdu complètement connaissance sur le moment, mais il reconnait qu'il fut comme étourdi et que pendant quelques instants il ne savait pas au juste où il se trouvait, ni ce qui s'était passé ; on a dû le porter chez un pharmacien.

Il est probable que le *shock nerveux* qu'il a éprouvé là a été assez profond, car actuellement il paraît exister chez notre sujet un certain degré d'amnésie portant principalement sur les choses qui sont relatives à l'accident, mais même aussi sur les choses présentes ; et il ne paraît pas qu'il y ait, à cet égard, simulation ou dissimulation : comme nous l'avons déjà fait remarquer, il ne sait indiquer exactement la date de l'accident ; de plus, quand on lui demande de désigner le lieu où il demeure actuellement, il hésite : mais presque aussitôt il tire de sa poche un papier où son adresse est inscrite, et nous nous sommes assurés que le renseignement est exact. Nous n'avons donc aucune bonne raison pour douter de la véracité de son récit.

Revenant sur les circonstances de l'accident, il prétend qu'au moment où celui-ci s'est produit il a entendu un bruit de craquement qui lui paraissait avoir pour siège son avant-bras gauche, mais il affirme qu'à ce moment il n'a éprouvé aucune douleur, ni le jour même de la chute, ni les jours qui l'ont suivie. Non seulement il n'éprouvait dans le bras aucune douleur en ce moment-là, mais de plus il déclare qu'il ne « sentait pas ce membre, » que celui-ci « était comme mort, » ou encore « comme absent, de l'épaule jusqu'au bout des doigts ; » « au lieu d'un bras, ajoute-t-il, il me semblait de ce côté porter un poids de quarante livres. »

Le membre d'ailleurs paraît avoir été alors absolument flasque ; on pouvait le mouvoir dans toutes les directions, mais aucun mouvement volontaire n'y était possible.

D'après ce qui précède, il paraît, pour le moins, très vraisemblable que les phénomènes qui se sont produits chez notre homme à cette époque, dans le membre soumis au traumatisme ont consisté dans une anesthésie superficielle et profonde, avec impuissance motrice absolue, sans rigidité musculaire et que par conséquent ils ont été en tout comparables à ceux que nous avons minutieusement étudiés, dans les précédentes leçons, chez nos sujets masculins atteints de monoplégie hystéro-traumatique (1) ; et à ce propos, je vous rappellerai, Messieurs, comment chez plusieurs individus hypnotisés, nous sommes parvenus à produire, pendant la période somnambulique, ce même genre de paralysie, en appliquant un coup de poing d'intensité modérée sur la partie supérieure du membre. La sensation d'engourdissement, d'absence du membre, de faiblesse enfin, qui se produisent à la suite du choc reçu par le membre, seraient, en pareil cas, comme dans les cas où ces mêmes phénomènes se produisent en dehors de l'hypnotisme, le point de départ de la suggestion qui a pour effet de développer la parésie déjà ébauchée en quelque sorte par le fait même de la contusion et, en la complétant, de l'établir d'une façon définitive. Telle est du moins la théorie que je vous ai proposée, vous

(1) Voir *Progrès médical*, n° 34, p. 131, 1885.

© BIU Santé

ne l'avez pas oublié, pour l'interprétation des faits de ce genre (1).

Je ne suis pas fâché, Messieurs, de relever, puisque l'occasion s'en présente, que ces troubles sensitifs et moteurs sur lesquels j'appelle ici votre attention et qui se produisent sur les membres soumis à une contusion, n'appartiennent pas, tant s'en faut, en propre aux sujets hystériques. Chez ces sujets-là, sans doute, ils se produisent sous l'influence des chocs en apparence les plus légers et ils acquièrent facilement un développement considérable, hors de toute proportion avec l'intensité de la cause traumatique. Mais on les retrouve en dehors de l'hystérie, à peu près nécessairement, chez un individu quelconque, à la suite d'une contusion, pour peu que celle-ci ait une intensité notable. C'est ainsi que sous l'influence du choc produit, par exemple, sur l'avant-bras, par la pénétration d'une balle de fusil, le membre tout entier peut se montrer parésié et insensible, pendant une période de temps plus ou moins longue. Une simple contusion, sans plaie, suffit d'ailleurs pour déterminer des phénomènes du même genre (2). On peut avancer, je crois, d'une façon très générale, que plus la contusion est légère et moins le sujet est névropathe, moins il est hystérique si l'on peut ainsi parler, plus les accidents parétiques et sensoriels consécutifs au choc sont légers, circonscrits et fugaces. M. Billroth raconte (3) que s'étant donné par mégarde un coup sur le dos de la main, celle-ci devint insensible, en même temps que le mouvement volontaire fut un instant supprimé dans les doigts ; mais la durée de ces phénomènes ne dépassa pas trois minutes. M. Gussenbauer relate des faits du même genre. Cet ensemble de phénomènes, ce syndrôme sur lequel j'appelle en ce moment votre attention a été décrit par quelques auteurs sous le nom de choc local (*localen Shok*, Fischer ; — *localen Wundschreck*, Bardeleben) ; *choc périphérique*, Grœningen), etc.

En pareil cas, dans une certaine étendue autour de l'endroit où a porté la contusion, au-dessus et au-dessous, quelquefois dans toute l'étendue du membre, — par conséquent, il ne saurait s'agir ici de la lésion d'un nerf en particulier, — il se produit une anesthésie cutanée et profonde en même temps qu'une paralysie motrice plus ou moins accentuée, lesquelles, vraisemblablement, sont le résultat d'une participation par voie réflexe des centres nerveux. On peut, croyons-nous, sans forcer les analogies, relever qu'il y a là comme une esquisse, un rudiment, un germe de la paralysie hystérique traumatique, et l'on comprend que chez un sujet prédisposé psychiquement, cette paralysie rudimentaire provoquée par le choc se réalise et se développe au plus haut degré, en raison d'une élaboration mentale, d'un processus d'auto-suggestion dont nous avons essayé de vous faire reconnaître le mécanisme dans nos précédentes leçons (4).

Il ne faut pas confondre ce *choc local*, relativement bénin, avec la *stupeur locale* que décrivait récemment le professeur Verneuil dans une de ses leçons cliniques. Ici, à la suite d'une contusion toujours intense, il y a suspension de la circulation, de la calorification, de l'innervation (anesthésie et paralysie motrice) avec menace de sphacèle. Tous les accidents, en pareil cas, d'après M. Verneuil, seraient le résultat de la compression des troncs artériels et nerveux par un épanchement profond ; il suffit, en effet, de débrider largement et de permettre ainsi au sang de s'écouler, pour les voir tous disparaître (1).

Quoi qu'il en soit chez notre malade, les phénomènes du choc local paraissent avoir été très accusés, puisque non seulement la fracture s'est opérée sans douleur, mais que, de plus, le membre parait avoir été frappé d'anesthésie complète, en même temps qu'il était privé de tout mouvement volontaire. Il a donc existé chez lui, en ce temps-là, une monoplégie avec flaccidité de tous points comparable à celles que nous avons étudiées récemment chez plusieurs sujets hystériques en conséquence d'un traumatisme. A ce propos, vous relèverez immédiatement qu'aujourd'hui ce n'est pas une paralysie flaccide que nous avons sous les yeux, mais bien une contracture spasmodique, et c'est là justement un fait que nous nous réservons de discuter particulièrement par la suite ; auparavant, nous devons si-



Fig. 93.

gnaler quelques faits qui sont survenus dans les jours qui ont suivi l'accident.

Deux jours seulement après l'événement, le malade se décida à aller consulter un chirurgien à l'hôpital St-Antoine ; le poignet, la main, les doigts étaient devenus très enflés ; les mouvements volontaires étaient absolument nuls ; les mouvements passifs étaient au contraire possibles, et il n'existait aucune trace de raideur dans le membre affecté qui, comme au début, était resté absolument insensible.

Pendant une période de 15 jours, l'avant-bras fut placé dans une gouttière et recouvert de compresses phéniquées et de cataplasmes. Puis on se décida à appliquer un appareil plâtré qui fut gardé 45 jours.

Au moment où au bout de ce temps l'appareil fut enlevé, on constata que le membre supérieur était contracturé, le coude et les doigts dans la flexion exactement dans la situation où vous les voyez actuellement.

(1) Voir surtout la leçon 23.
(2) O. Berger, Berlin. *Klin. Wochensch.*, p. 234, 1871.
(3) Voir G. H. Grœningen. *Ueber den Schock*. Wiesbaden 1885, p. 78 et suiv.
(4) Voir *Progrès médical* (leçons 20, 21, 22).

(1) Voir l'*Union médicale* 1886.

© BIU Santé

La chloroformisation fut pratiquée, elle permit de reconnaitre qu'il n'existait aucune lésion articulaire, aucune rétraction fibreuse et qu'il s'agissait là d'une véritable contracture spasmodique.

On profita de la résolution produite par l'action du chloroforme pour tenter de modifier la position de la main en redressant les doigts ; en conséquence, une planchette maintenue par un bandage fut appliquée sur la paume de la main ; mais, à chaque instant, sous l'influence de la flexion invincible des doigts, l'appareil se dérangeait ; on fut obligé de l'enlever au bout de deux jours, et la main, abandonnée à elle-même, reprit sa première attitude.

Depuis cette époque, un grand nombre de médecins ont été consultés, mais aucune tentative nouvelle n'a été faite. Tout récemment, mon collègue M. le Dr Périer, chirurgien de l'hôpital de Lariboisière, consulté à son tour, a eu l'obligeance de m'adresser ce malade (16 mai 1886), jugeant qu'il s'agissait là d'un cas intéressant la médecine plus encore peut-être que la chirurgie.

Vous pouvez reconnaitre comment, chez notre malade, le membre supérieur gauche, habituellement porté



Fig. 94.

en écharpe, est fléchi à angle obtus au niveau du coude (*fig.* 93). L'avant-bras est maintenu dans la supination, tandis que les doigts, fléchis sur la paume de la main, sont serrés les uns contre les autres et offrent une tendance marquée à se recouvrir mutuellement. Le pouce est, de son côté, porté vers l'axe de la main et l'ongle de ce doigt marque une forte empreinte sur la peau de la face externe de l'index (*fig.* 94 et *fig.* 95.)

Les mouvements volontaires sont pour ainsi dire nuls dans les divers segments du membre, et pour ce qui est des mouvements passifs, ils sont eux-mêmes, en raison de la rigidité des diverses jointures, extrêmement limités. Au coude et au poignet, les reflexes tendineux sont manifestement exagérés et l'on provoque même très facilement une trépidation des doigts et de la main tout entière en cherchant à les redresser.

Il existe un certain degré d'amaigrissement, d'atrophie du membre ; mais les réactions électriques sont normales ; aucune trace, en particulier de la réaction de dégénération.

Il s'agit donc là bien évidemment d'une contracture spasmodique, d'origine neuro-musculaire.

Il est facile d'ailleurs d'établir que la déformation et l'impotence du membre ne sont pas ici le résultat de l'une quelconque des complications d'un autre ordre qui peuvent se montrer à la suite de l'immobilisation prolongée des parties ou d'une compression trop forte exercée sur elles par le bandage.

L'immobilisation prolongée peut produire, vous le savez, dans certains cas et chez certains sujets, une végétation conjonctive de la synoviale, une sorte d'arthrite suivie quelquefois d'ankylose celluleuse (Obs. de Teissier et Bonnet, Hueter, etc.) ; arthrite fort analogue, soit dit en passant, à celles que nous avons étudiées dans le temps, M. Bouchard et moi, sur les membres depuis longtemps immobilisés dans l'hémiplégie de cause cérébrale, mais la disparition bien constatée dans le cas actuel de toute rigidité sous l'influence du chloroforme suffit pour montrer que ce n'est pas de cela qu'il s'agit.

Le même argument permet d'affirmer du même coup qu'il ne s'agit pas non plus de lésion des gaines tendineuses, des tendons, ou encore d'une hyperplasie avec rétraction du tissu cellulaire sous-cutané. La compression portant sur un tronc nerveux aurait pu à la rigueur produire la paralysie d'un groupe musculaire, des extenseurs par exemple, et en conséquence une contracture paralytique déterminée par la prédominance d'action des antagonistes non paralysés. Mais il serait en pareil cas toujours facile d'un côté d'exagérer la

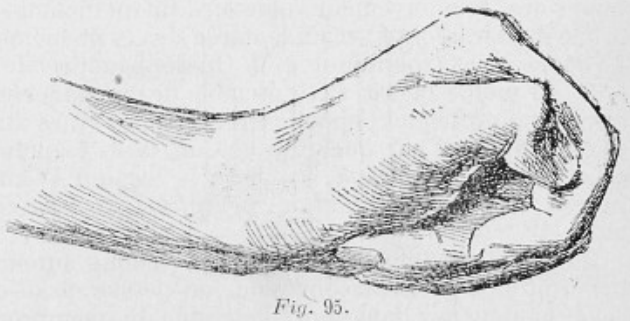


Fig. 95.

flexion et, de l'autre côté, de vaincre jusqu'à un certain degré l'action prédominante des fléchisseurs. Or, c'est justement le contraire qui s'observe. L'action des extenseurs est tout aussi difficile à vaincre que celle des fléchisseurs et c'est là, précisément, vous le savez, un des grands caractères de la contracture spasmodique.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traumatisme grave du pénis chez un enfant. — Restauration tardive du canal de l'urèthre complètement divisé ;

Par le Dr BOIS, chirurgien en chef à l'hospice d'Aurillac.

Dans les derniers jours de novembre 1885, j'étais appelé à voir un enfant de 7 ans, victime d'une lésion grave du pénis, qui avait été méconnue pendant quinze jours. Au premier aspect, on voyait un organe considérablement augmenté de volume, œdématié, ulcéré, de couleur violacée, mobile comme un battant de cloche suspendu par une partie très mince, suppurant circulairement au niveau de cette base amincie, et laissant échapper l'urine dans l'angle péno-scrotal. Un examen plus attentif me fit apercevoir un bout de fil émergeant de la plaie circulaire : je le saisis avec une pince, et une légère traction me permit de voir qu'il était enroulé

© BIU Santé

plusieurs fois autour de l'organe qu'il avait primitivement serré. Il me fut facile de le couper et de l'enlever. L'enfant avoua alors que ce fil avait été placé là et serré par un camarade plus fort que lui. Malgré la vivacité de ses souffrances, il n'avait pas osé expliquer la cause du mal, et l'on s'était contenté d'appliquer des cataplasmes. Le pénis me parut si profondément coupé, et sa vitalité si fortement compromise, que sa conservation devenait extrêmement problématique. Je me bornai à prescrire l'application de compresses trempées dans un liquide alcoolisé. Le lendemain, l'état local semblait déjà un peu meilleur, mais le canal était complètement divisé au niveau de l'angle péno-scrotal. Je ne fis rien pour tenter une restauration immédiate qui me paraissait impossible, et j'abandonnai temporairement les choses aux seuls efforts de la nature. Peu à peu la circulation se rétablit, et vers la fin de décembre, la cicatrisation du sillon circulaire était complète; mais la cicatrice était encore enfoncée, les deux bouts du canal de l'urèthre s'étaient cicatrisés séparément, s'étaient même écartés de 3 ou 4 millimètres l'un de l'autre, et l'urine sortait toute au niveau du scrotum. En outre, le pénis conservait un volume anormal.

Dans les premiers jours de janvier, l'enfant fut renvoyé à la campagne, et toute tentative de restauration remise à plus tard. Au commencement de juillet, le volume du pénis avait beaucoup diminué, sauf le prépuce qui conservait une longueur et une épaisseur exagérées.

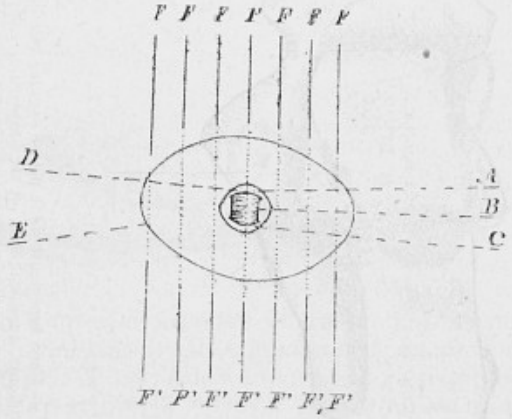


Fig. 96. — Figure schématique d'une opération d'urétrorraphie destinée à réparer une solution de continuité de l'urèthre siégeant dans l'angle péno-scrotal : A. Orifice pénien de l'urèthre. B. Sonde de caoutchouc rouge vue à travers la solution de continuité du canal. C. Orifice scrotal de l'urèthre. D. Limite interne de la surface avivée. E. Limite externe de la même surface. F, F ; F', F'. Fils d'argent en place. — La partie ponctuée représente celle qui *passe dans l'épaisseur des tissus*. — Le fil du milieu laisse voir la partie médiane libre en avant de la sonde de caoutchouc rouge.

La cicatrice circulaire de la base du pénis n'était plus enfoncée, mais s'était mise de niveau avec le reste de la peau, et paraissait souple. Le moment semblait favorable pour tenter de rétablir la continuité du canal. L'opération fut exécutée de la manière suivante, le 7 juillet, avec le bienveillant concours de MM. les docteurs Mouraisse et Girou. L'enfant étant préalablement anesthésié, une sonde en caoutchouc rouge fut introduite par son extrémité ouverte, coupée en bec de flûte, par l'orifice pénien de l'urèthre divisé, de manière à la faire ressortir par le méat urinaire, lequel était rendu difficilement accessible par la longueur et l'épaisseur inusitées du prépuce. Le bout *à ouverture* latérale fut introduit par l'orifice scrotal jusque dans la vessie. Il fut ensuite procédé à l'avivement à l'aide d'une pince à dents fines et de ciseaux courbes. Les deux orifices de l'urèthre divisé, ainsi que l'espace (caché par la sonde) qui les séparait, ne furent pas avivés par crainte d'un rétrécissement cicatriciel ultérieur ; mais autour de cette région une large surface ellipsoïde à grand axe transversal fut dénudée. Cette surface mesurait une étendue de 5 à 8 millimètres entre ses deux limites interne et externe. Une aiguille tubulée un peu courbe permit de placer 7 ou 8 fils d'argent destinés à adosser la moitié inférieure de la surface avivée à la moitié supérieure de cette même surface.

L'aiguille était introduite à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la limite pénienne de la surface cruentée, passait sous le derme dénudé, et ressortait à 2 ou 3 millimètres au-dessous de la limite scrotale de cette même surface. Un seul fil placé vis-à-vis l'axe du canal montrait sa partie médiane libre au-devant de la sonde dans toute l'étendue de la solution de continuité du canal. Les fils furent ensuite serrés et tordus, et l'adossement des surfaces saignantes fut d'autant plus facile qu'il était favorisé par la mobilité de la peau du scrotum, laquelle avait fourni la moitié inférieure de la surface avivée. La sonde fut laissée constamment ouverte, de manière à permettre l'écoulement de l'urine à mesure qu'elle était sécrétée. Le huitième jour, les fils furent enlevés, et la réunion paraissait presque complète. Toutefois, lors de la section d'un fil du côté droit il s'était écoulé un peu de liquide trouble qui fit craindre un échec partiel. La sonde fut toujours maintenue à demeure. Vers le douzième jour, on constatait que la réunion était complète; mais du côté du scrotum un petit pertuis correspondant à un point de suture non cicatrisé suppurait encore, et semblait même laisser suinter quelques traces de liquide clair comme de l'urine. Je n'étais pas sans quelque préoccupation au sujet de ce pertuis, et je maintenais toujours la sonde à demeure et débouchée. Mais le quinzième jour elle s'obstrua, et fut en partie chassée par les contractions de la vessie. L'enfant éprouva quelques douleurs pendant les efforts, et, à la suite, je constatai de l'induration au niveau du pertuis scrotal. Néanmoins, je ne réintroduisis pas la sonde. Pendant la nuit, il y eut une miction douloureuse, et le lendemain, après quelques tâtonnements, je parvins à replacer la sonde. Elle fut de nouveau maintenue à demeure et ouverte. Le jour suivant, je constatais un nouveau pertuis, non loin du premier, mais dans l'angle rentrant formé par la ligne cicatricielle de réunion. Il est probable que ce deuxième pertuis était la conséquence d'une légère infiltration d'urine (se traduisant par de l'induration) qui s'était faite autour du pertuis scrotal à l'occasion des efforts douloureux dont l'expulsion de la sonde bouchée avait été accompagnée.

D'autre part, la présence prolongée de cette sonde dans le canal ne me paraissait pas être sans inconvénients. Il aurait fallu la nettoyer souvent, et il était difficile de la réintroduire. Le dix-septième jour je la retirai définitivement. La miction fut facile et régulière. Le lendemain, le deuxième pertuis ouvert sur la cicatrice était fermé. On ne put jamais constater qu'une quantité notable d'urine sortit par le pertuis scrotal au moment de la miction. Il y avait néanmoins à ce moment un sentiment de cuisson au niveau du petit pertuis. Le vingt et unième jour après l'opération ce pertuis scrotal était lui-même complètement oblitéré. De sorte que la suppression de la sonde a été tout au moins sans influence défavorable sur la cicatrisation des pertuis fistuleux.

Il n'est pas facile de prévoir le degré de gêne que

© BIU Santé

pourra occasionner l'anneau cicatriciel au point de vue de l'érection ; mais à part cet inconnu, on peut dire que le rétablissement de la continuité du canal de l'urèthre rétablit les fonctions génito-urinaires gravement compromises.

Etude anatomo-pathologique de deux pièces de pied plat valgus (tarsalgie des adolescents), guéris par ankylose, suivie de quelques considérations sur la pathogénie et le mécanisme de ces lésions ;

Par le Dr **CHAPUT**, prosecteur à la Faculté.

Ces pièces ont été recueillies à l'Ecole pratique pendant les exercices de médecine opératoire. Elles proviennent d'un sujet de 35 à 40 ans environ, qui portait de chaque côté un pied plat valgus. — Aucun renseignement.

Pied droit. — Lésions osseuses. — Les lésions des parties molles n'ont pu être appréciées, le pied ayant subi la désarticulation tibio-tarsienne.

Le métatarse, les cunéiformes et le cuboïde ne présentent pas de lésions spéciales, sauf une augmentation considérable du volume du cuboïde. Les altérations portent surtout sur le scaphoïde, l'astragale et le calcanéum, qui sont tous trois soudés entre eux et ne forment plus qu'un seul massif osseux.

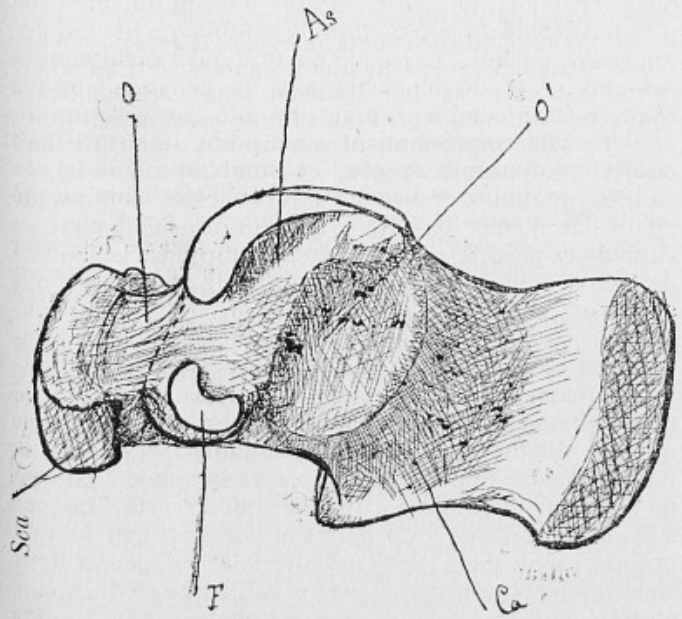


Fig. 97. Face interne de la masse osseuse résultant de l'union du scaphoïde du calcanéum et de l'astragale. — Sca. Scaphoïde. — Ca. Calcanéum. — As. Astragale. — F. Facette cartilagineuse de la tête de l'astragale recouverte par le tendon du jambier postérieur qui glisse sur elle par l'intermédiaire d'une bourse séreuse accidentelle. — Cette facette est limitée en avant par la crête d'Ogston. — O. Ossifications accidentelles réunissant le scaphoïde au col de l'astragale. — O' Massif osseux soudant la face inférieure de l'astragale au calcanéum. — *Remarque* : Sur cette figure les limites du col et de la face inférieure de l'astragale sont indiquées par un pointillé.

Scaphoïde. — Il est très volumineux. Son grand axe mesure près de 5 centimètres. Son tubercule ne paraît pas abaissé ni relevé, mais il présente un volume considérable, environ 2 centimètres d'avant en arrière.

La face antérieure du scaphoïde possède ses facettes normales pour les cunéiformes, mais elle a subi des modifications de direction dans deux sens ; elle regarde en effet en avant, en bas et en dehors ; nous verrons plus tard que cette direction anormale du grand axe du scaphoïde qui, au lieu d'être transversal, se dirige en arrière et en dehors, est en rapport avec la déviation en dedans de la tête de l'astragale, qui se produit toutes les fois que le pied se porte dans l'abduction.

La partie externe du scaphoïde ne paraît pas notablement augmentée d'épaisseur ; il n'en est pas de même de la partie interne, qui mesure jusqu'à 3 centimètres d'avant en arrière, du côté dorsal seulement, le côté plantaire est beaucoup moins épaissi. Le scaphoïde est intimement soudé à la tête de l'astragale, ainsi qu'au calcanéum, par des jetées osseuses que nous signalerons plus tard.

Le tubercule du scaphoïde est séparé de la petite apophyse du calcanéum par une distance de 28 millimètres ; il en est donc très éloigné, la distance normale n'étant que de 15 millimètres.

L'*astragale* a subi des changements de direction et de forme, qui sont multiples. Tout d'abord, lorsque le pied repose sur le sol par les points d'appui spéciaux aux pieds plats (grosse tubérosité et tubérosité antérieure du calcanéum, tubercule du scaphoïde), la trochlée astragalienne regarde en haut et en dedans, ce qui explique en partie la déviation du pied en valgus ; mais cette déviation est en rapport avec d'autres faits que nous développerons plus loin.

Lorsqu'on regarde l'astragale par le côté interne du pied, on constate un changement considérable dans la direction de son grand axe. Normalement, la face inférieure de la tête de l'astragale et celle de son corps sont dans un même plan horizontal. Ici la face inférieure de la tête astragalienne est à 3 cent. 1/2 plus bas que l'extrémité postérieure du corps de l'os. Bref, l'astragale, au lieu d'avoir son

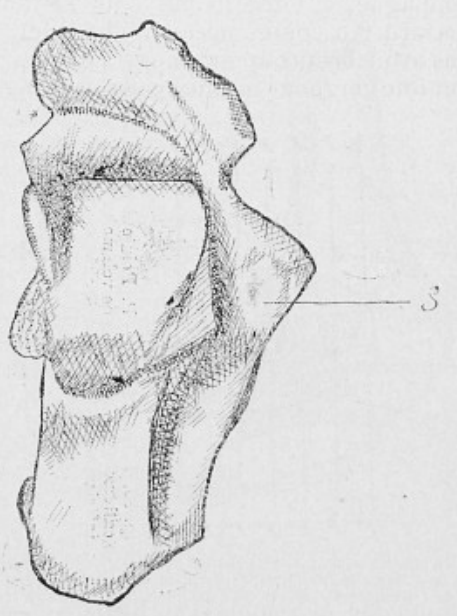


Fig. 98. — Face supérieure de la masse osseuse résultant de l'union du scaphoïde, du calcanéum, et de l'astragale. — S. Surface articulaire pour la malléole externe.

grand axe horizontalement dirigé, l'a incliné très obliquement en bas et en avant. De cette inclinaison résulte que la partie inférieure de la tête astragalienne est située à 33 millimètres plus bas que la pointe de la malléole interne. Normalement la distance n'est égale qu'à 2 centimètres. En troisième lieu, le grand axe de la trochlée astragalienne, au lieu d'être parallèle à l'axe du calcanéum, forme avec celui-ci un angle d'environ 30 degrés.

Ainsi donc, triple changement dans la direction de l'astragale, dont la trochlée regarde en dedans, dont le grand axe est si incliné en bas que l'astragale est presque vertical, et dont le même axe forme, avec celui du calcanéum, sur un plan horizontal, un angle d'environ 30 degrés.

Examinons maintenant les changements de forme et de volume. Le corps de l'astragale est volumineux, la trochlée mesure transversalement 3 cent. 1/2 (largeur normale, 3 centimètres). Normalement les deux extrémités de la trochlée sont sur un même plan horizontal ; ici l'extrémité antérieure est de 1 cent. 1/2 plus basse que la postérieure, ce qui est en rapport avec l'attitude presque verticale de l'astragale. Aussi la moitié postérieure de la trochlée est seule horizontale, la moitié antérieure est presque verticale.

© BIU Santé

Les faces latérales du corps de l'astragale n'ont pas subi de modifications notables ni dans leur étendue ni dans leur forme.

L'extrémité postérieure de l'os est dépourvue de la gouttière qu'elle présente habituellement pour le tendon du fléchisseur propre du gros orteil.

Le *col de l'astragale* se retrouve lorsqu'on le cherche avec attention; il est à peu près normal comme longueur. Comme largeur, il présente une diminution notable, 25 millimètres au lieu de 30 millimètres, dimension normale.

La face interne du col se trouve comme d'habitude sur le prolongement de celle du corps.

La face externe du col est en retrait sur celle du corps de 18 millimètres au lieu de 9 millimètres (astragale normal).

La *tête de l'astragale*, au lieu de présenter comme d'habitude une proéminence marquée de sa partie externe, proémine au contraire en dedans, ce qui se comprend facilement si on veut bien se souvenir que le scaphoïde, au lieu d'être transversalement situé, a son grand axe oblique en arrière et en dehors.

La partie externe de la tête n'est pas accessible, sa partie dorsale est soudée au scaphoïde par des jetées osseuses, seule sa partie interne et inférieure rappellent encore un peu l'état normal.

On voit en effet à la partie interne, la tête de l'astragale comme sertie dans un bourrelet osseux formé en avant par

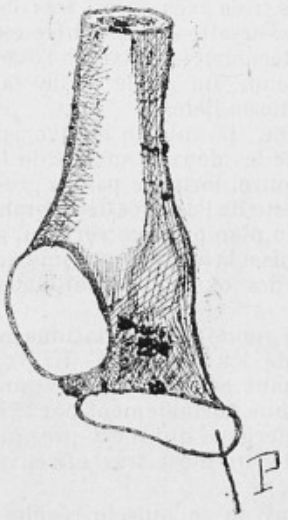


Fig. 99. Péroné droit. — P. Pointe de la malléole externe extrêmement augmentée de volume et présentant à sa face inférieure une facette cartilagineuse qui s'articule avec la face externe de la grande apophyse du calcanéum.

le scaphoïde, en bas par une ossification qui réunit le calcanéum au scaphoïde et remplace le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, en arrière par des productions osseuses qui se sont faites en avant de la petite apophyse calcanéenne.

La tête astragalienne, ainsi exposée, est dépourvue de cartilage, sauf une petite facette surélevée de plusieurs millimètres, qui mesure verticalement 2 centimètres, et d'avant en arrière 6 millimètres. Cette facette, comme nous le verrons sur l'autre pied, glisse sur le tendon du jambier postérieur par l'intermédiaire d'une bourse séreuse.

Cette facette sert également de point d'appui au pied, bien qu'elle descende moins bas que le tubercule du scaphoïde. A l'état frais, le tendon du jambier postérieur, très épaissi localement, comble l'intervalle laissé entre la tête de l'astragale et le sol.

Calcanéum. — Il n'est pas augmenté de longueur. Sa partie postérieure est peu modifiée, sauf qu'elle a subi un mouvement de torsion qui fait regarder sa face externe en haut et sa face interne en bas. Sa partie antérieure présente des modifications très curieuses.

Si l'on mène deux lignes parallèles antéro-postérieures passant l'une par la partie externe de la grosse apophyse, l'autre par la partie interne de la petite, l'intervalle des deux lignes mesurera 7 centimètres. Cette mensuration, pratiquée sur un os normal, donne 4 centimètres. Sur un pied non altéré, la grosse apophyse forme avec le reste de l'os une sorte de fourche dont les deux branches sont dans un même plan vertical, ici au contraire les branches de la fourche sont dans un plan horizontal.

La face supérieure de la grosse apophyse est beaucoup plus large que normalement, et au lieu de ne faire en dehors de l'astragale qu'une saillie de quelques millimètres, elle dépasse cet os en dehors de 2 centimètres environ. On trouve même au niveau de cette face supérieure de la grosse apophyse, en dehors de l'astragale, une facette lisse, recouverte de fibro-cartilage, qui s'articule avec la pointe de la malléole externe qui frotte sur elle, et dont les glissements sont facilités par une bourse synoviale.

La face inférieure de la grosse apophyse présente très en avant une petite surface cartilagineuse dirigée transversalement, longue de 18 millimètres et large de 5, et qui sert de point d'appui au pied dans la station; les autres points d'appui sont, comme nous l'avons dit déjà, la grosse tubérosité du calcanéum, le tubercule du scaphoïde et la tête de l'astragale.

Enfin, la facette articulaire de la grosse apophyse, destinée à l'articulation du cuboïde, est énorme : elle mesure verticalement 3 centimètres et autant transversalement; elle est presque circulaire et présente les courbures normales.

Du côté de la petite apophyse, il existe des productions osseuses très étendues qui confondent cette région avec la face interne de l'astragale.

Disons enfin que, de l'angle qui sépare la grosse apophyse de la petite, on voit partir une jetée osseuse triangulaire, à sommet inséré sur le calcanéum, à base scaphoïdienne, qui soude intimement le scaphoïde au calcanéum.

Cette jetée mesure au niveau de son sommet 1 centimètre; au niveau de sa base, 3 centimètres.

Os de la jambe. — La mortaise tibio-tarsienne ne présente pas de modifications notables.

La malléole externe n'est pas augmentée de longueur, mais son extrémité, au lieu d'être pointue, présente une facette ovalaire à grand axe antéro-postérieur, mesurant 2 centimètres de long et 1 de large. Elle s'articule avec la facette correspondante de la grosse apophyse du calcanéum. Les os de la jambe sont transportés en masse en avant, car le bord antérieur de la malléole externe est sur la même verticale que l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Pied gauche. — Nous pouvons étudier de ce côté les lésions des parties molles.

Muscles et tendons. — Les muscles de la région *antéro-externe* de la jambe sont parfaitement sains comme volume, couleur ou consistance; ils ne sont nullement rétractés, comme on aurait pu le croire, étant donnée l'attitude en valgus datant de longtemps déjà. Les muscles de la région postérieure n'ont rien qui mérite d'être signalé.

Il n'en est pas de même des péroniers latéraux. Ces muscles sont dépourvus de fibres musculaires dans une étendue anormale au niveau de l'extrémité inférieure de leur portion jambière. Le court péronier, à partir de la pointe de la malléole externe, mesure 7 cent. dans sa partie dépourvue de fibres musculaires. Cette absence est beaucoup plus marquée pour le long péronier que nous trouvons dépourvu de corps charnu, sur une étendue d'au moins 13 cent. au-dessus de la malléole externe. Les tendons de ces péroniers et ceux des muscles antéro-externes ne présentent rien d'anormal.

Le tendon du jambier postérieur mérite de nous arrêter un peu. Il glisse sous la tête de l'astragale, par l'intermédiaire d'une bourse séreuse anormale, puisque d'habitude cette saillie ne repose pas sur le sol. Cette bourse est appliquée sur le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, qui la sépare du condyle astragalien. A ce niveau, le tendon subit un épaississement et une augmentation de consistance qui rappellent l'os sésamoïde du tendon du long péronier latéral. Par contre, le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur présente un amincissement remarquable. Un peu plus bas, nouvelle bourse séreuse séparant le tendon du tubercule du scaphoïde, et, au lieu de s'insé-

© BIU Santé

rer à cette saillie osseuse, le tendon prend son point d'attache sur le premier cunéiforme. Il paraît probable que ce déplacement de l'insertion est en rapport avec le rôle de point d'appui que joue ici le tubercule scaphoïdien. Cette pression, longtemps soutenue, a fini par liquéfier, pour ainsi dire, l'insertion du tendon à l'os et par la remplacer par une bourse séreuse.

Immédiatement en dehors de la bourse séreuse du tubercule du scaphoïde, on en trouve une autre qui sépare le tendon du tibial postérieur de la face inférieure du scaphoïde. A ce niveau, le tendon du jambier, qui présente une forme triangulaire à base antérieure, mesure près de 4 cent. de largeur. Les tendons fléchisseurs ne présentent aucune modification digne de remarque.

Les lésions osseuses du pied gauche sont exactement les mêmes que celles du pied droit, et nous n'aurions, pour les décrire, qu'à répéter mot pour mot la description de celles du pied droit.

Sur ce même pied gauche, encore pourvu de ses ligaments, nous avons pu étudier le fonctionnement du pied. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, la flexion paraît normale. Le pied peut faire, avec la jambe, un angle très aigu; il n'en est pas de même de l'extension, qui est très limitée et qui ne dépasse, pour ainsi dire, pas l'angle droit. La raison de la diminution de l'extension nous est donnée par le glissement en avant de l'astragale, qui, de plus, s'est incliné presque verticalement. De cette double déviation, il est résulté que la gouttière normale du fléchisseur propre du gros orteil, située en arrière de l'astragale, n'existe plus à ce niveau. Il en résulte encore que le bord postérieur de la mortaise tibio-péronière rencontre de très bonne heure la face supérieure du calcanéum, qui est devenue beaucoup plus horizontale que normalement. C'est la rencontre de ces deux parties osseuses qui limite l'extension. Les mouvements de flexion et d'extension tarsienne se passent au niveau des articulations scapho-cunéennes et calcanéo-cuboïdiennes; les mouvements sont très restreints. Bien plus réduits encore sont ceux de rotation du pied, qui se passent au niveau des mêmes articulations.

Pathogénie. — Les deux pièces dont nous venons de donner la description sont-elles de nature à apporter un argument en faveur de la théorie de l'arthrite, de M. Gosselin, ou en faveur de la théorie musculaire de Duchenne? Qu'il y ait eu arthrite, la chose n'est pas discutable et nous en avons une preuve trop évidente dans les soudures osseuses pour discuter cette question. Mais l'arthrite a-t-elle été primitive, comme le veut Gosselin, ou secondaire, comme le dit Duchenne? Voilà où commence la difficulté.

Il est bien certain que l'examen des lésions osseuses n'est point de nature à trancher la question. On pourrait, en effet, parfaitement dire qu'il y a eu ici une arthrite à marche sub-aiguë, peu douloureuse, qui, à la longue, a relâché les ligaments et paralysé les muscles qui soutiennent la voûte plantaire, et, qu'à la suite de ce relâchement, les déviations osseuses se sont produites avec les caractères que nous avons constatés. De même, on peut soutenir qu'à la suite d'un affaiblissement les muscles de la plante, les déviations osseuses et articulaires se sont d'abord produites; que, consécutivement, les tiraillements des ligaments ont enflammé l'articulation, et, qu'en fin de compte, l'arthrite a abouti à l'ankylose osseuse. Nous pensons cependant trouver un argument en faveur de la théorie musculaire, dans ce fait d'une importance capitale, que sur l'un des pieds nous avons trouvé une diminution considérable de la longueur du corps charnu du long péronier latéral, qui s'est traduite par une absence de fibres musculaires sur une hauteur de 13 cent. à partir de la malléole externe. M. le Dr Jalaguier, à qui nous avons soumis nos pièces, pense que c'est là une lésion congénitale, prédisposant à l'impotence, du long péronier latéral. Disons enfin que nous sommes absolument partisan de la théorie musculaire du pied plat des adolescents, pour cette bonne raison que, au début de l'affection, le seul symptôme objectif se traduit par un affaiblissement du long péronier latéral, facile à constater en repoussant avec son pouce la tête du premier métatarsien du malade, tandis que celui-ci fait effort en sens inverse. Plus tard, le pied s'aplatit d'une façon intermittente, puis permanente, enfin se dévie en dehors, en raison de la contracture réflexe des muscles antéro-externes, déterminée par l'arthrite, qui n'a pas tardé à s'établir. Enfin, à toutes les périodes de l'affection, on obtient les plus brillants résultats par l'électrisation du long péronier latéral.

Dans ces derniers temps, Hencke a soutenu que l'affaiblissement du muscle tibial postérieur était une des causes du pied plat. Dans notre observation, nous avons constaté une intégrité parfaite de ce muscle, si bien qu'il ne peut être accusé d'avoir occasionné la déviation. Bien au contraire, nous pensons qu'il l'a limitée. En effet, le pied n'était ni très plat ni très valgus, et il est bien certain, d'autre part, que le muscle qui s'insère au tubercule du scaphoïde et qui tend à le tirer en arrière, est dans d'excellentes conditions pour s'opposer à ces deux déviations, ainsi que cela ressortira tout à l'heure de l'analyse des déviations osseuses que nous allons maintenant entreprendre.

Etude des déviations et déformations osseuses. — Résumons d'abord en quelques mots ces lésions et déviations. Le scaphoïde, au lieu de regarder directement en avant, regarde en avant et en dehors. Son extrémité interne s'est portée en avant, et l'externe en arrière. L'astragale a subi une triple déviation correspondant aux mouvements qui se passent autour de ses trois axes. Il est très oblique en bas et en avant (axe transversal); — la trochlée regarde en dedans (axe antéro-postérieur); — l'axe de l'astragale forme, avec celui du calcanéum, un angle de 30° (axe vertical). Enfin sa tête est aplatie en dehors.

Quant au calcanéum, il a subi un mouvement de torsion qui a changé de place les deux branches de la fourche de son extrémité antérieure, formées par la grosse apophyse du calcanéum et le reste de l'os. Ces deux branches, situées normalement dans un plan presque vertical, sont ici dans un plan horizontal, aussi la largeur maxima du calcanéum, mesurée au niveau des extrémités saillantes, se trouve presque doublée.

Telles sont, *grosso modo*, les déviations osseuses. Essayons maintenant de les expliquer. La voûte du pied, dont le point culminant est situé au niveau de la tête de l'astragale, est soutenue normalement par le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, qui n'est presque jamais mis à contribution, suppléé qu'il est très effectivement par le long péronier latéral.

De l'affaiblissement de ce muscle résulte l'affaiblissement de la plante, car l'avant-pied n'étant plus tiré en arrière, se déplace en avant au niveau du bord interne du pied. Le tubercule du scaphoïde s'écarte de la petite apophyse du calcanéum, la tête de l'astragale, pressée de haut en bas par le poids du corps, se précipite dans l'espace qui vient de s'ouvrir entre ces deux os, et immédiatement toutes les déviations de cet os en découlent nécessairement.

Si l'on veut bien se reporter à notre précédent travail intitulé : *Considérations sur la physiologie des mouvements du pied, etc.* (Soc. anat., 1886), on saura que l'abaissement de la tête de l'astragale entraîne immédiatement des mouvements de l'os autour de ses trois axes, c'est-à-dire un mouvement d'abaissement de la tête (axe transversal), de déviation de la tête en dedans, (axe vertical), d'inclinaison de la trochlée en dedans et en haut (axe antéro-postérieur).

Ainsi donc, du relâchement du long péronier découlent comme phénomènes immédiats et l'attitude du scaphoïde dont le tubercule se porte en avant, et la triple déviation de l'astragale, parce que sa tête non soutenue par en bas, a été forcée de s'abaisser.

Remarquons en passant que, quand la tête de l'astragale est déviée en dedans, le pied se trouve en abduction et rotation externe (principe de la déviation inverse; voir notre travail). Dans ces conditions, l'attitude en valgus n'aurait

© BIU Santé

pas besoin pour être expliquée qu'on fît intervenir la contracture réflexe des muscles antéro-externes. D'ailleurs, sur nos pièces, ces muscles ne présentaient pas la moindre rétraction.

Les lésions secondaires vont porter sur la tête de l'astragale, le calcanéum et la malléole externe.

La tête de l'astragale, fortement comprimée de haut en bas, s'atrophie, et comme la compression est plus forte en dehors, c'est là que l'atrophie deviendra plus considérable. La partie de la tête de l'astragale, visible entre le tubercule du scaphoïde et la petite apophyse, s'hypertrophie légèrement, et cette hypertrophie aboutit à la formation de cette crête signalée par Ogston, qui, pour lui, est un obstacle à la réduction de la tête en bonne position. On sait d'ailleurs que c'est contre cet obstacle qu'il a imaginé une opération qui consiste à inciser longitudinalement sur le bord interne du pied de façon à exposer la tête de l'astragale; avec un ciseau il enlève la crête-obstacle et le cartilage de revêtement. Il supprime de même le revêtement du scaphoïde, et fixe enfin les deux os avivés et placés en bonne position, à l'aide de chevilles d'ivoire qui les traversent tous les deux; la guérison s'obtient par ankylose osseuse en bonne position. — Nous n'avons pas à faire la critique de cette opération, mais il est certain qu'elle est parfaitement logique, si l'on ne considère les choses que d'un point de vue purement théorique.

Nous n'avons plus maintenant qu'à montrer comment les déviations du calcanéum dérivent de celles de l'astragale.

Nous sommes restés tout à l'heure avec un astragale dont les déviations principales sont l'abaissement et l'adduction de sa tête. Dans ces conditions, le poids du corps tombe en dedans de l'axe vertical du calcanéum; ainsi s'explique l'abaissement de la petite apophyse. D'un autre côté, la pression du sol repousse en haut la grande apophyse et fait tourner le calcanéum tout entier autour de son axe antéro-postérieur. Ainsi s'explique le changement de place des deux branches de la fourche. Enfin, la rotation autour de l'axe antéro-postérieur dirige la face interne en bas et l'externe en haut. Cette dernière ne se déviera pas longtemps dans ce sens sans rencontrer la pointe de la malléole externe. Consécutivement aux frottements anormaux, on verra s'établir une articulation anormale entre la malléole externe et la face externe du calcanéum.

Nous n'avons plus qu'à dire un mot de la limitation des mouvements d'extension de l'articulation tibio-tarsienne.

L'astragale, comme nous l'avons dit plus haut, au lieu d'avoir son grand axe dirigé horizontalement, l'a maintenant très oblique, se rapprochant de la verticale. Cette obliquité retentit sur la trochlée. Normalement on peut décomposer celle-ci en une partie moyenne horizontale et deux parties antérieure et postérieure obliquement descendantes. La partie antérieure est indispensable à la flexion du pied, la partie postérieure est nécessaire à l'extension. Si cette partie postérieure est supprimée, l'extension n'existe plus. Or, ici l'obliquité de l'astragale est telle, que la trochlée n'est plus composée que de deux parties : l'une, antérieure descendante pour la flexion, et une autre, postérieure horizontale, qui correspond à la position moyenne du pied. La partie postérieure descendante a disparu; aussi dans le mouvement d'extension, le bord postérieur de la mortaise tibio-péronière vient heurter immédiatement la face supérieure du calcanéum.

D'un autre côté, sous la pression du poids du corps, l'astragale, en raison de son obliquité, est peu à peu chassé en avant; ainsi s'explique encore la disparition de la gouttière du fléchisseur propre du gros orteil.

Enfin, c'est la projection en avant de l'astragale qui explique comment la mortaise tibio-péronière, qui n'a pas quitté l'astragale, s'est à ce point transportée en avant, que le bord antérieur de la malléole externe se trouve maintenant sur la même verticale que l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Nous ne terminerons point cet article sans dire que nous croyons que le muscle jambier postérieur est tout aussi efficace pour le maintien de la voûte du pied que le long péronier latéral. Pour que la voûte du pied soit maintenue, il faut empêcher le scaphoïde de se porter en avant, sans quoi la tête de l'astragale s'abaissera fatalement et proéminera entre le scaphoïde et la petite apophyse. Aucun muscle n'est mieux disposé que le jambier postérieur pour tirer le scaphoïde en arrière. Il est donc bien vraisemblable que, comme le soutiennent Hencke et le professeur Trélat (Soc. de chir., 1884), il existe des pieds plats dus à l'affaiblissement du jambier postérieur. — Nous pensons cependant que la théorie de Duchenne est vraie dans le plus grand nombre des cas, car le long péronier, lui aussi, maintient la voûte, et d'autre part, s'il est plus souvent affaibli que les autres muscles, c'est parce qu'il a des fonctions plus importantes à remplir, qui consistent, comme on le sait, à faire du talon antérieur un point d'appui solide pour le pied, et à l'empêcher d'être refoulé en haut par la pression du sol.

Conclusions. — Nous retiendrons de cette étude les faits suivants :

1° Absence de près de la moitié inférieure du corps charnu du long péronier latéral.

2° Les lésions osseuses portent surtout sur le scaphoïde, l'astragale et le calcanéum; chacun de ces os est soudé aux deux autres.

3° *Lésions isolées de chacun des os.* — Le *scaphoïde* est dirigé obliquement en arrière et en dehors.

L'*astragale* a subi une triple déviation :

a. La tête est très abaissée et l'os presque vertical.

b. La tête est déviée en dedans de 30°.

c. La trochlée regarde en haut et en dedans.

Calcanéum. — La petite apophyse et la grosse forment une fourche dont les deux branches sont dans un plan horizontal. La face externe du calcanéum, devenue supérieure en avant, s'articule avec la pointe de la malléole externe, arrondie et hypertrophiée.

Les deux os de la jambe sont transportés très en avant, le bord antérieur de la malléole externe est sur la même ligne que l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

4°. *Enchaînement des lésions.* — Le muscle long péronier latéral étant impotent et ne tirant plus le premier métatarsien en arrière, le tubercule du scaphoïde s'est porté en avant. La tête de l'astragale s'est abaissée, d'où la triple déviation signalée plus haut. (Voir notre mémoire sur la physiologie des mouvements du pied). D'où encore et pied plat et valgus indissolublement liés l'un à l'autre.

Le calcanéum a subi un abaissement de la petite apophyse, parce que la résultante du poids du corps s'est trouvée déviée en dedans par le fait de la déviation de l'astragale. D'un autre côté, la grosse apophyse pressée de bas en haut par le sol a occasionné un mouvement de torsion de l'os autour de son axe antéro-postérieur.

Enfin, l'obliquité de l'astragale l'a fait glisser en avant sous la pression du poids du corps, la mortaise de la jambe l'a suivi, c'est pourquoi celle-ci se trouve déplacée aussi sur un plan plus antérieur.

5°. Le jambier postérieur paraît jouer un rôle important dans le soutien de la voûte plantaire. Son affaiblissement doit dans certains cas déterminer l'apparition du pied plat (Trélat, Hencke).

ÉCOLE MUNICIPALE D'INFIRMIÈRES DE LA SALPÊTRIÈRE. — Directeur de l'Enseignement : Dr BOURNEVILLE. L'École municipale d'infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours professionnels le mardi 12 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. LE BAS; Eléments d'anatomie, M. le Dr GAUTIEZ; de physiologie, M. le Dr P. REGNARD; Eléments de pansements, M. le Dr POIRIER; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr BUDIN; Hygiène, M. le Dr FÉRÉ; Petite pharmacie, M. YVON. Les Dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'école de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la direction, de 8 heures du matin à midi.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Jeûne de Succi.

Nous pouvons bien, n'est-ce pas, l'appeler Succi tout court ? La célébrité que lui vaut la complaisance des journaux des deux mondes autorise et absout cette familiarité. Le témoignage de nos excellents confrères italiens a du reste apporté une sorte de consécration scientifique à l'enthousiasme universel, et, en langage médical, comme en style juridique ou militaire, les formules de politesse rigoureuse sont supprimées. Et puis, du fait de son pari, et sans compter les économies réalisées par sa privation de nourriture, Succi a gagné une somme d'argent assez rondelette : c'est donc un homme heureux, et il est agréable de prendre avec lui des airs d'intimité.

Mais, si nous rendons hommage à la veine du parieur, nous devons peut-être montrer plus de réserve à l'égard de sa valeur comme sujet d'expérience. Sans doute, il y aurait cruauté à exiger d'un homme la même passivité que celle que nous imposons à un lapin, à un chien ou à un cobaye ; et, cependant, si l'expérience a la prétention d'être sérieuse, si les résultats doivent être livrés à l'étonnement public, au moins est-il indispensable que la fraude et la simulation ne puissent être soupçonnées. Comment auraient été accueillies les intéressantes recherches de Chossat, de Voit, de Bidder et Schmidt, sur l'inanition, si, au lieu d'enfermer les animaux dans des cages, on s'était contenté de les priver de nourriture et si on les avait laissés courir les rues en quête d'une croûte de pain ou d'un os à ronger ? Aussi, nous avons été surpris de voir les médecins, chargés du contrôle des faits et gestes du patient, accorder à Succi le droit de recevoir des visites ininterrompues et suspectes, le plaisir de caracoler à cheval alors qu'ils suivaient gravement en voiture, la faculté d'aller aux bains, à la salle d'armes, etc., etc. Est-ce à dire que le jeûneur italien soit un farceur ? Nous n'en savons rien ; mais la conduite de l'expérience ne nous permet pas d'affirmer le contraire. Voilà pourquoi, au point de vue scientifique, nous ne pouvons attacher aucune importance aux résultats annoncés, malgré la prodigieuse réclame dont ils ont été entourés.

C'est précisément parce que l'expérience semblait bizarre et paradoxale qu'elle exigeait une surveillance plus attentive et plus sévère. Comment les médecins, qui avaient accepté la mission d'assurer la sincérité du pari, n'ont-ils pas prévu la défiance légitime avec laquelle on accueillerait une si complète absence de précautions? Peut-être leur a-t-il été impossible d'obtenir davantage d'un sujet qui voulait surtout « *confondre Messieurs les savants* » ? Mais alors quelles conclusions la science peut-elle attendre d'une pareille fantaisie ? Pourquoi prêter l'appui de noms respectés à une épreuve qui ressemble tant à une vulgaire mystification ?

Et, d'ailleurs, que voulait-on démontrer? Etait-ce la possibilité absolue de vivre sans nourriture, d'accomplir un travail sans source de force ? Alors, c'était une nouvelle recherche du mouvement perpétuel, et nous ne ferons pas à nos lecteurs l'injure de la discuter devant eux. Etait-ce la propriété que possèdent certains individus, à manifestations vitales peu actives, de se passer d'aliments pendant quelques jours ou de se contenter d'une alimentation très restreinte ? Mais c'est là une notion banale en physiologie : depuis la graine qui attend sa période de germination jusqu'à la marmotte qui se réveille aux premiers beaux jours, les exemples en sont nombreux et variés. Etait-ce la faculté de simulation, la puissance de fraude qui a trop souvent dérouté les savants les plus habiles ? La légende de Tanner, l'histoire des hystériques de nos hôpitaux devaient dans ce cas nous suffire. A plus d'un titre d'ailleurs, le jeûneur italien pouvait être suspect : enfermé autrefois dans un asile d'aliénés, il ne semble pas être aujourd'hui encore dans un parfait équilibre mental.

Les résultats de cette pseudo-expérience sont encore là pour augmenter notre défiance. En effet, à part la perte de poids et l'abaissement du chiffre de l'urée, aucun des symptômes de l'inanition n'a été observé chez Succi : la température s'est maintenue aux environs de 37°, l'activité musculaire n'a rien perdu de son énergie, les mouvements respiratoires et les battements du cœur ont été aussi fréquents que le premier jour. Sauf un peu d'amaigrissement, la santé a semblé florissante. Et toute la somme de travail intérieur et extérieur a correspondu à une perte de poids de 441 grammes par jour ; c'est pour rien. Sans autre secours que celui des 13 kilog. 100 gr. de sa propre substance, Succi a pu pendant un mois satisfaire à toutes ses fonctions : évidemment, c'est là l'idéal des fourneaux économiques ! Malheureusement (et c'est un grave reproche à l'adresse des médecins surveillants), nous n'avons aucune indication sur le travail effectué, sur la force dépensée pendant ce jeûne de trente jours : il eût pourtant été possible de connaître ce terme important du problème avec les appareils dont se sert M. Marey. Le rapport du travail produit à la force employée nous aurait donné le véritable moyen de contrôle : il aurait permis de dire si oui ou non un aliment étranger avait été introduit par fraude. Faute de ce renseignement, l'expérience perd tout caractère scientifique.

Est-il même besoin d'exiger ces indications essentielles pour mettre en doute les miracles annoncés ? A priori, peut-on sérieusement croire que ces 441 grammes de substance humaine, fût-elle de la substance de Succi, aient été capables non seulement d'entretenir l'existence, mais encore de produire un travail extérieur assez élevé ? Les animaux employés dans les recherches de Bidder et Schmidt, et soumis à un travail extérieur insignifiant, perdaient en moyenne chaque jour 1/37 de leur poids. Succi, lui, n'a diminué quotidiennement que de 1/138 : et les promenades ont succédé aux promenades, les conversations ont été continues, la natation a fait suite à l'escrime, etc... Bref, une recette à peu près nulle a suffi à une dépense considérable. C'est une réédition du miracle de la Multiplication des pains : nous n'essaierons assurément pas d'en tenter l'explication.

Et qu'on ne nous parle pas du fameux système nerveux sympathique qui, par une action trophique étonnante, aurait la propriété d'arrêter les échanges nutritifs et de rendre supportable la privation d'aliments. Les échanges nutritifs se sont manifestés par un travail

© BIU Santé

extérieur assez considérable : or, l'énergie dépensée ne s'est pas créée toute seule. Il n'y a pas de système nerveux qui permettre de faire quelque chose avec rien.

Avons-nous maintenant à parler de la merveilleuse liqueur qui a permis à Succi de remédier à la désagréable sensation de la faim? Ne savons-nous pas que cette sensation est surtout centrale, que l'anesthésie de l'estomac est incapable de la masquer bien longtemps ? De ce côté encore, nous retombons dans le mystérieux et nous ne voulons pas recommencer l'examen des tables tournantes ou des miracles du spiritisme. Nous regrettons même que nos confrères italiens, dont nous reconnaissons le mérite et la loyauté, aient accepté une mission dont ils ne pouvaient retirer aucun honneur. Découvrir le TRUC de Succi, c'était, en effet, affaire entre prestidigitateurs et non entre médecins ; au jeu du bonneteau, un savant sera toujours battu par un bonneteur.

Pour l'honneur de la science française, nous espérons que le nouveau défi annoncé ne sera pas relevé. L'expérience, pour offrir un peu d'intérêt, aurait d'ailleurs dû être continuée jusqu'à la mort du sujet.

Paul LOYE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

MM. MAREY et DEMENY établissent le *parallèle de la marche et de la course* : puis ils étudient le mécanisme de la transition entre ces deux allures. Ces comparaisons ont une grande importance pratique, car elles permettent de définir les allures qui donnent le maximum d'effet utile, c'est-à-dire la plus grande vitesse avec la moindre dépense de travail. Les artistes, de leur côté, trouvent dans ces recherches le moyen de représenter les attitudes qui expriment le calme ou l'énergie des mouvements.

M. DE LACAZE-DUTHIERS présente des considérations d'un haut intérêt, au point de vue de l'anatomie comparée, sur le *système nerveux des Mollusques gastéropodes*.

M. J. ARLOING étudie l'*exhalation de l'acide carbonique dans les maladies infectieuses* déterminées par des microbes aérobies et des microbes anaérobies. Si le microbe est aérobie il dispute l'oxygène aux globules sanguins et fruste les tissus de leur comburant nécessaire (bacillus anthracis, microbe du choléra des poules). Si le microbe est anaérobie et agit comme tel dans l'oganisme, il doit être troublé par l'oxygène dans la manifestation de ses propriétés (septicémie gangréneuse). Entre deux animaux qui succombent, l'un à l'inoculation d'un microbe aérobie, l'autre à l'introduction d'un microbe anaérobie, on doit donc rencontrer des différences importantes dans l'intensité des combustions respiratoires. Si ces différences n'existent pas, l'influence qui dérive des affinités gazeuses des bacilles aérobies n'est pas primordiale. Les maladies que M. Arloing a choisies pour entreprendre cette étude sont des affections qui évoluent quelquefois sur l'espèce humaine : la pustule maligne et la septicémie gangréneuse ou foudroyante. Dans ces deux maladies, il a constaté que la quantité d'acide carbonique exhalé diminue pendant le cours de la maladie et surtout pendant les dernières heures. La modification paraît commencer avec les premiers effets de l'inoculation dans le cas de charbon ; tandis qu'après l'inoculation de la septicémie gangréneuse il y a pendant quelques heures une légère augmentation dans la quantité d'acide carbonique exhalé. Dans les deux cas, il existe un amoindrissement des combustions respiratoires. L'étude de l'absorption d'oxygène, qui sera publiée ultérieurement, permettra de donner des conclusions précises.

M. PAUL HALLEZ formule *une loi de l'orientation de l'embryon chez les insectes*.

Paul LOYE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. CHARPENTIER fait un rapport sur un travail de M. Vulliet (de Genève) et concernant un nouveau procédé de dilatation utérine. Ce procédé n'est pas applicable dans tous les cas et dans toutes les conditions et il existe un certain nombre de femmes chez lesquelles on ne peut obtenir la dilatation complète soit par le fait de la lenteur avec laquelle cette dilatation se fait, soit à cause des douleurs intolérables occasionnées par l'introduction des tampons et des accidents nerveux qui en résultent. Mais, ces réserves faites, on peut dire que, dans un grand nombre de cas, la dilatation complète de l'utérus peut être obtenue par la méthode de M. Vulliet ; de plus elle peut être maintenue permanente pendant une durée qui n'a de limite que la volonté du chirurgien et l'intérêt du malade. Cette prolongation de la dilatation utérine n'amène aucune gêne, l'utérus ne réagit pas contre les corps étrangers ainsi introduits dans sa cavité, et la santé générale des malades est singulièrement améliorée. Il semble qu'il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui se produit parfois au moment de l'accouchement. Fortement distendu par les tampons, l'utérus se contracte d'abord, réagit violemment, mais bientôt les contractions diminuent, le muscle se fatigue, et, devenu inerte, il se laisse facilement dilater par les tampons. Un autre avantage du procédé de M. Vulliet c'est de déterminer dans l'utérus une aseptie complète ; les tampons imbibés de l'agent médicamenteux s'appliquent sur tous les points de la cavité utérine, modifient ainsi les sécrétions et les surfaces en supprimant toutes les causes d'infection. Enfin la possibilité de maintenir ouverte la cavité utérine facilite les manœuvres opératoires, permet de les renouveler et donne ainsi au chirurgien une plus grande sécurité. En résumé, le procédé de M. Vullier mérite toute la considération des chirurgiens et il est à souhaiter que de nombreuses et nouvelles expériences soient faites dans le sens indiqué par l'auteur.

M. JAVAL fait une communication sur le strabisme et son traitement. Il montre que ce traitement est essentiellement variable et que tantôt la ténotomie sera seule rationnelle et tantôt au contraire devra être complètement rejetée pour donner place au traitement optique ; ce dernier se fait au moyen de divers instruments dont M. Joval donne la description et indique le mode d'emploi. Il distingue ensuite ces strabiques en plusieurs catégories ; les strabiques avec myopie et ceux chez qui la myopie fait défaut et où l'on rencontre plutôt un certain degré d'hypermétrophie. Chez les premiers le strabisme peut être convergent ou divergent. Le convergent est le plus rare et guérit facilement par l'emploi de verres concaves ; le divergent qui est consécutif à l'autre guérit tout à fait à son début au moyen des instruments optiques dont M. Javal a donné la description. A une période plus avancée, quand la déviation est ancienne, il faut faire précéder la méthode optique de la ténotomie et surveiller attentivement l'exercice des muscles de l'œil.

Le strabisme avec hypermétropie est un strabisme convergent ; il peut exister dès la naissance et la guérison est d'autant plus difficile à obtenir que ce strabisme se manifeste plus près du moment de la naissance. D'abord intermittent, ce strabisme devient permanent et, dans ce dernier cas seulement, on pourra avoir recours à l'opération ; mais tant qu'il n'est pas définitivement constitué on doit se garder d'intervenir autrement que par les procédés optiques qui, dans les cas de strabisme accidentel, sont parfaitement suffisants pour amener une guérison complète. Dans certains cas même (et M. Javal en cite un exemple) avec de la patience on peut obtenir une guérison radicale là où l'opération semblait tout à fait justifiable ; cependant

© BIU Santé

ces cas sont rares et on doit les considérer comme des faits exceptionnels. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 mai 1886. — Présidence de M. Cornil.

8. M. Varnier présente un *kyste hydatique du poumon*. Un homme, entré dans le service de M. Duguet, avait depuis trois jours un point de côté, avec matité en arrière seulement, et pas de fièvre. Huit jours après, on lui fit une ponction qui donna issue à un liquide clair comme de l'eau de roche contenant des crochets d'hydatides. Le lendemain, il se mit à rendre des hydatides dans ses crachats, avec du liquide clair, puis du sang, et il s'établit un hydropneumothorax. On fit l'empyème le 22 avril, et rien ne sortit; mais le lendemain, on trouva des poches hydatiques dans le pansement. Un mois après, le malade étant mort, l'autopsie révéla une tuberculose miliaire récente des deux poumons. On peut se demander, les antécédents du malade étant excellents, s'il n'y a pas eu infection par la plaie. La poche siégeait à la base du poumon gauche, séparée de la paroi costale incisée par une lame pulmonaire; d'autre part, il y a, comme on le voit fréquemment, deux bronches qui s'ouvrent largement, à plein canal, dans la poche.

M. Cornil, ayant fait une ponction dans un cas analogue, a vu tout à coup son malade suffoquer et mourir étouffé par une vomique de liquide séreux. Il pense qu'il vaut mieux attendre que ces poches hydatiques s'ouvrent d'elles-mêmes, ce qui se produit moins brusquement.

M. Tuffier a observé dans le service de M. Straus un cas de kyste hydatique du poumon dans lequel on s'abstint de toute intervention. Le malade expectora des hydatides pendant des mois et finit par mourir d'hecticité par suite de la longue suppuration.

M. Cornil rappelle aussi à ce propos une présentation récente à la Société anatomique. Une femme guérie d'un kyste hydatique du foie était rentrée à l'hôpital avec une fièvre hectique. A l'autopsie, on avait trouvé un kyste hydatique suppuré du poumon s'accompagnant de nécrose superficielle des côtes.

9. Rapport sur la candidature de M. Blocq, au titre de membre adjoint; par P. de Gennes.

Parmi les présentations de M. Blocq, je distinguerai la suivante qu'il fit en avril 1881. Elle a trait à un cas de rétrécissement des deux orifices auriculo-ventriculaires du cœur.

Il s'agissait d'une femme de 27 ans, rhumatisante, qui, à son entrée à l'hôpital, présentait le tableau classique de l'asystolie, et mourut sans incidents peu de temps après. L'autopsie montra un aspect infundibuliforme de la valvule tricuspide, dont les bords étaient semés de végétations, et une apparence semblable de la mitrale dont l'orifice admettait à peine un tuyau de plume. Du reste, les cavités et les parois du cœur d'une part, les autres organes, poumons, foie, reins, d'autre part, offraient les lésions secondaires communes aux affections cardiaques parvenues à leur degré ultime.

Les faits de ce genre ont été peu étudiés, considérés qu'ils sont comme des curiosités anatomiques, et très rarement diagnostiqués pendant la vie. Cependant, la lecture d'un assez grand nombre d'observations permet d'exposer des signes qui semblent appartenir en propre au rétrécissement bi-auriculo-ventriculaire. C'est ainsi qu'on a noté la cyanose intermittente et l'hydropisie généralisée, mais surtout un murmure présystolique à timbre dur, rude et prolongé, se cantonnant en foyers distincts, l'un à gauche du sternum, l'autre à gauche du mamelon (Hayden).

Au point de vue de la pathogénie de cette double lésion, on pourrait distinguer deux cas selon qu'il y a eu, ou non, une attaque de rhumatisme antérieure. Dans le premier cas, ou bien le ventricule droit a été atteint du même coup que le gauche, ou encore secondairement à l'altération de celui-ci. Dans le second cas, l'endocardite triscupidienne pourra être sous la dépendance d'une affection pulmonaire primitive, mais aussi représenter le renouveau d'un reliquat inflammatoire ancien, datant de l'enfance, voire même de la vie intra-utérine, hypothèse que justifie la prédisposition pathologique existant à cette période pour le cœur droit.

Séance du 21 mai 1886. — Présidence de M. Cornil.

10. M. G. Marchand, au nom de M. Gomez et au sien, présente des pièces provenant de l'autopsie d'un homme de 70 ans, entré il y a un mois dans le service de M. Trélat, à la Charité. Cet homme était porteur d'une *tumeur maligne au cou*, d'origine ganglionnaire, se manifestant par l'existence d'une masse très volumineuse et dure dans la région sus-claviculaire droite. Elle fut jugée inopérable en raison de son étendue et de ses adhérences. Le malade étant mort d'un érysipèle de la face, on trouva à l'autopsie une néphrite calculeuse, des tumeurs du poumon et de l'œsophage, outre la tumeur ganglionnaire du cou qui enveloppait le faisceau vasculo-nerveux. Les poumons offrent aux deux sommets de petites cavernes et sur leur surface pleurale un semis de petites granulations miliaires. Il existe sur la muqueuse de l'œsophage de petits nodules semblables. Les ganglions trachéo-bronchiques sont gros et durs. En outre, les amygdales étaient volumineuses et dures. Enfin, l'intestin montrait une ulcération au niveau de la dernière portion de l'iléon. Un premier examen histologique sommaire n'a donné aucun résultat sur la nature de ces tumeurs.

M. Cornil fait remarquer que la coupe des ganglions malades donne au raclage un suc laiteux très abondant; un examen microscopique extemporané de ce suc y révèle l'existence exclusive de globules blancs, et l'absence des cellules épithélioïdes du cancer. Ce fait suffirait à faire poser le diagnostic de lymphadénome. — Dans le poumon, on trouve des nodules calcaires, d'autres fibreux qui sont évidemment des tubercules. Quant aux granulations de l'œsophage, ce ne sont peut-être que des glandes en grappe hypertrophiées. En somme, M. Cornil pense qu'il s'agit d'une coïncidence de tuberculose pulmonaire, de néphrite calculeuse et d'une tumeur ganglionnaire probablement lymphadénique.

M. Eug. Revilliod (de Genève), est nommé membre correspondant.

11. Endocardite ulcéreuse de l'orifice aortique; anévrysme valvulaire; anévrysme diffus du tissu cellulaire péri-aortique. — Hémopéricarde; par G. Despaigne, interne provisoire.

Le nommé Pe..., Joseph, garçon de salle, âgé de 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 23 mars 1886, dans le service de M. le Dr Letulle, salle Saint-Maurice, n° 24.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Homme petit, mais très bien musclé. Il était surmené depuis quelque temps, lorsque le 14 mars il fut pris de frissons répétés, d'étourdissements et de courbature. Il s'alite; la faiblesse et l'inappétence continuent les jours suivants; il entre alors à l'hôpital.

Le lendemain 24 *mars*, le malade se plaint de céphalalgie violente, il a des étourdissements lorsqu'il s'assied. Hyperesthésie générale. L'examen révèle peu de chose. On constate sur les deux cuisses, près du genou, un exanthème éteint et caractérisé par deux placards ovalaires, symétriques, de six centimètres environ, de teinte cuivrée, avec une légère desquamation sur les bords. Cette éruption se serait montrée dès le début de la maladie; elle fut alors rouge et cuisante. Trace d'exanthème pigmenté analogue sur le mollet gauche; les ganglions inguinaux sont intacts. Respiration faible et quelques sibilances à la base des deux poumons. Toux légère et sèche. — *Rien au cœur*. — Langue sale, le ventre n'est ni ballonné ni douloureux. Matité splénique de huit à dix centimètres. Pas d'albumine dans les urines. T. ax. M. 39°,3, S. 38°,2.

Le 25 *mars*, le malade signale une douleur vive à la

© BIU Santé

partie latérale externe du talon droit. L'examen n'y décèle rien d'anormal. T. M. 38°,2, S. 40°,3.

26 *mars*. Sueurs abondantes, douleurs musculaires, coliques ; un vomissement muqueux. T. M. 38°,3, S. 40,°6.

27 *mars*. Frisson violent le matin, pendant lequel la température s'élève à 40°,2, chaleur intense, puis sueurs profuses. Deux vomissements, constipation, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Respiration anxieuse. T. M. 38°,2, S. 37,°4.

28 *mars*. Vésicules d'*herpès* au niveau de la narine gauche. Léger ballonnement abdominal. Le malade signale des douleurs continuelles dans l'épaule gauche. On ne trouve rien d'anormal au niveau de l'articulation. T. M. 38°,1, S. 38°,8.

29 *mars*. Les douleurs articulaires ont disparu. Pour la première fois on trouve les bruits du cœur sourds, mal frappés, prolongement du premier bruit à la base. Deux taches rosées lenticulaires dans la région dorsale.

Depuis la veille, la température a monté le matin de 38°,8 à 40°,5, le soir elle redescend à 37°,2 (pour la seconde fois, type inverse, grandes oscillations). Dans la journée, grand frisson avec sueurs profuses qui ont traversé les draps et mouillé la paillasse.

30 *mars*. Langue un peu sèche, ventre redevenu plat. Constipation. La matité hépatique paraît considérable, et le foie est sensible à la pression. On ne trouve plus les taches rosées observées la veille. T. M. 40°,6, S. 37°,2.

31 *mars* et 1er *avril*. Le malade se sent mieux, la température oscille de 37° à 40°,6.

2 *avril*. La céphalalgie a reparu. A la pointe du cœur, le premier bruit est prolongé et comme dédoublé. Quelques râles sibilants disséminés, respiration rude sous la clavicule droite. T. M. 39°,2, S. 39°,2.

3, 4, 5 *avril*. La céphalalgie redouble. Diarrhée ocreuse.

6 *avril*. Langue sèche, constipation. Le malade au repos mâchonne sans cesse, grimace par moments. La céphalalgie frontale est très vive, elle cause l'insomnie. Pupilles égales et moyennement dilatées. L'anxiété respiratoire est extrême, le nombre des respirations est de 96 par minute. T. M. 37°,6, S. 39°,4.

7 *avril*. Même état.

8 *avril*. La céphalalgie s'amende. Epistaxis. T. M. 39°,6, S. 40°,2. Pouls 100 régulier.

9 *avril*. Recrudescence de la céphalalgie. Le mâchonnement est continu. Langue sèche.

10 *avril*. La céphalalgie est le phénomène dominant, elle est horrible et arrache des cris au patient lors du moindre mouvement. Cependant l'intelligence est des plus nettes, le malade n'a jamais été dans l'état typhoïde. La vue est intacte. La constipation s'est établie, elle ne cède plus aux lavements. Un vomissement alimentaire. T. M. 39°,5, S. 39°,4.

11 *avril*. A 5 heures du matin, un vomissement. Puis tout d'un coup, vers 6 heures, la face se convulse et se couvre de sueurs, et le malade meurt en quelques minutes après avoir parlé à ses voisins un instant auparavant.

Autopsie 28 heures après la mort.

Le cadavre est bien conservé.—*Poumons*, emphysème prononcé du sommet. Congestion de la base ; aucune lésion tuberculeuse. — Le *péricarde* semble distendu ; le tissu cellulo-adipeux de sa face antérieure est noirâtre, ecchymotique. Cette enveloppe ouverte, on trouve le cœur complètement enveloppé d'une couche de sang noir coagulé. Cette couche enlevée avec précaution reste continue et figure comme une sorte de sac sanguin reproduisant le moule du cœur. Le péricarde lui-même est absolument sain. Le *cœur* est aplati. Sa face antérieure est presque entièrement revêtue de graisse, la pointe en présente une épaisse couche. Le myocarde est mou. Quelques petites végétations rosées et rugueuses à la partie postéro-latérale gauche de l'artère pulmonaire.

Mais ce qui frappe surtout, c'est une petite surface du péricarde viscéral située entre ce tronc artériel et l'auricule gauche. On voit, en effet, là une sorte de saillie acuminée, brunâtre, et au point culminant une petite surface jaunâtre dont le tissu est mou et qui présente à sa partie moyenne une petite érosion. Le tout assez semblable à un furoncle avec son bourbillon. C'est là que s'est produite une rupture du cœur, rupture qui a donné lieu à l'épanchement de sang intra-péricardique. Cette saillie semble faire partie de l'oreillette gauche.

Les cavités du cœur sont absolument vides, à peine trouve-t-on quelques petits caillots vermiformes. Le cœur droit est sain. La grande valve de la *mitrale* est un peu épaissie, mais uniformément. Immédiatement au-dessus de l'insertion de celle-ci, on trouve sur la paroi de l'oreillette une ecchymose et au centre de celle-ci une solution de continuité linéaire verticalement dirigée et très nette, de trois millimètres de longueur environ. Une sonde cannelée introduite par cette ouverture permet d'arriver dans une cavité remplie de sang qui s'ouvre d'autre part au niveau de l'épicarde, au sommet de la saillie acuminée, comparable à un furoncle rompu dont nous avons parlé.

C'est l'orifice aortique qui présente les lésions capitales : Il s'agit d'une endocardite ulcéreuse portant sur deux valvules : la valvule postérieure, qui est atteinte à peu près dans le tiers de son étendue, et la valvule antérieure gauche. Celle-ci supporte un volumineux champignon fibrineux du volume d'une grosse noisette, blanchâtre, friable, bosselé. Il est peu adhérent, moulé sur elle et accolé d'autre part à la grosse valve de la mitrale. En outre, au niveau de ce dernier nid valvulaire, à la face aortique de la valve, existe une large ulcération qui l'a défoncée sans la perforer complètement. En face, l'origine même de l'aorte, dans le même nid valvulaire, est perforée de telle sorte, qu'elle a donné issue au sang dans une sorte de petit anévrysme aigu, récent, péri-aortique et sous-épicardique, limité de la façon suivante : en avant, par la portion d'épicarde qui se trouve étendue entre la partie droite de l'auricule gauche et l'origine apparente de l'artère coronaire antérieure ; — en arrière et à gauche, par la partie verticale de l'oreillette gauche qui correspond à l'angle formé par les deux valves de la mitrale et qui a été perforée, comme nous l'avons vu plus haut ; — enfin, en haut, par le même épicarde qui passe entre l'aorte, le bord inférieur de l'artère pulmonaire et la veine-cave supérieure. Cet anévrysme, du volume d'une grosse noisette, s'est rompu dans le péricarde par la fissure apparente au moment de l'autopsie au sommet de la saillie.

L'ulcération endocarditique gagnait manifestement quelque peu sur la face *ventriculaire* de la valve droite de la mitrale et se continuait sans transition avec la partie ulcérée de la valvule sigmoïde antérieure gauche. La sigmoïde intermédiaire non ulcérée paraît épaissie. L'*aorte* est saine dans le reste de son étendue. Le cœur, avec l'origine des gros vaisseaux pèse 320 grammes. Le sang des gros vaisseaux est noir, mal coagulé.

Rate ferme, grosse. — *Reins* congestionnés ; un infarctus cunéiforme, jaunâtre et ferme, à la surface du rein droit. — Injection veineuse par places dans l'*intestin grêle*. Les follicules clos sont sains. Quatre ou cinq ganglions mésentériques de la région iléo-cœcale sont congestionnés et ont le volume d'une amande. — *Foie* volumineux gorgé de sang. — Le *cerveau* est sain, il paraît anémié. — Les articulations n'ont pu être examinées, non plus que les extrémités osseuses. Tous les autres organes étaient sains.

Séance du 28 mai 1886. — Présidence de M. Cornil.

13. M. Varnier rapporte l'observation, accompagnée de pièces nécropsiques, d'une homme de 35 ans, entré il y a vingt jours dans le service de M. Duguet, à Lariboisière, et chez lequel une hématurie et la présence d'une tumeur dans le flanc gauche firent diagnostiquer un *cancer du rein*. A l'autopsie, on trouva une tumeur très volumineuse de cet organe, de couleur jaune opaque et contenant des loges entre lesquelles on voit des vaisseaux dilatés ; sa consistance est mollasse. La capsule du rein est, en certains points, envahie par le néoplasme et conséquemment adhé-

© BIU Santé

rente; d'autre part, elle contient des nodules indépendants. On retrouve de ces nodules, de volume variable, sur les deux faces de la moitié gauche du diaphragme, et la plèvre du même côté renfermait un litre de liquide non sanguinolent. — Il n'y avait de tumeurs semblables dans aucun autre organe.

M. Cornil fait remarquer que les tumeurs secondaires ont une consistance plus ferme, elles ne fournissent que très peu de suc laiteux au raclage de la coupe; dans la tumeur principale, le suc est aussi peu abondant. Il pense qu'à l'examen macroscopique on ne peut se prononcer entre un sarcome ou un carcinome encéphaloïde.

14. M. Varnier présente en outre un *fibro-myome utérin* gros comme la tête d'un adulte et qui provient de l'autopsie d'une femme de 38 ans, dont voici l'histoire en peu de mots. Elle avait eu précédemment deux avortements; ses règles, qui s'accompagnaient toujours de douleurs, cessèrent en décembre dernier. Elle entra il y a trois mois dans le service de M. Duguet, pour une petite poussée de péritonite et l'on fit le diagnostic de fibrome avec grossesse probable. En effet, cette femme avorta le 11 mai et mourut d'une péritonite purulente qui survint sans frissons et ne provoqua que peu de fièvre. On trouva la tumeur enclavée dans le bassin, où elle était retenue par des adhérences, s'opposant par là au développement de l'utérus. C'est là un exemple du danger qui peut résulter de la présence de myomes utérins dans le cas de grossesse.

16. M. Tuffier communique à la Société le résultat de ses recherches sur l'*action des interosseux de la main*. Il démontre clairement, sur des doigts disséqués, par quel mécanisme les interosseux sont mis dans l'impossibilité d'agir sur la phalangette lorsque les deux premières phalanges sont en flexion forcée. On sait, en effet, que les interosseux sont fléchisseurs de la première phalange et extenseurs des deux autres. Mais le tendon de l'extenseur auquel se rend le tendon de ces muscles présente une double insertion : 1° sur la capsule de l'articulation phalango-phalanginienne; 2° sur l'extrémité supérieure de la phalangette. Dans la flexion forcée, la première portion de ce tendon se trouve fortement tendue, et cette portion joue le rôle d'un tendon d'arrêt qui empêche l'action des muscles interosseux sur la deuxième portion du tendon. Sur un doigt maintenu fléchi, si l'on vient à couper l'insertion tendineuse qui se fait sur la capsule, on voit aussitôt la phalangette se placer en extension, tandis qu'elle était dans une position intermédiaire avant cette section.

19. M. Walther a découvert sur le cadavre d'une femme de 60 ans une flexion en masse de tous les orteils. L'un des orteils avait sa deuxième phalange fléchie et la troisième en extension. Quand on étend, puis fléchit cette deuxième phalange, on voit se produire un ressaut qui est dû à une subluxation ancienne ayant provoqué la formation d'une seconde surface articulaire. Il s'agit, en somme, d'un *doigt à ressort* de cause osseuse.

20. M. Mathieu présente un cas de *lymphadénie intestinale sans leucémie*. Il s'agit d'un homme de 60 ans, très cachectique, lequel est resté malade 5 ou 6 mois. Il avait une diarrhée incoërcible avec anasarque et des tuméfactions ganglionnaires dans l'aine et dans l'aisselle. Son sang, examiné à plusieurs reprises, ne présentait pas de leucémie. On trouva à l'autopsie une tuméfaction des follicules clos de l'intestin qui sont d'un blanc nacré, avec intégrité des plaques de Peyer. Les ganglions mésentériques sont très gros, ainsi que la rate; le foie et les reins sont au contraire normaux. Pas de tuberculose.

M. Cornil. Les productions leucocythémiques de l'intestin sont généralement beaucoup plus grosses et ulcérées; il est probable que, dans ce cas, les ganglions ont été les premiers atteints.

21. Pyléphlite suppurative, abcès métastatiques, ulcérations du duodénum ; par G. Despaigne, interne provisoire.

Le nommé Bu...y, François, âgé de 29 ans, entre le 23 avril 1886 dans le service de M. Letulle, à l'Hôtel-Dieu annexe. Il est couché au n° 30 de la salle Saint-Maurice.

Cet homme, d'une constitution moyenne, n'accusait rien de spécial dans ses antécédents; il n'avait jamais eu de maladie grave et était sujet seulement à des embarras gastriques fréquents; c'était un grand buveur de bière. Dans ces derniers temps, il s'était surmené, faisant des expériences dans un local réduit sur des mélanges de carbure d'hydrogène pour l'éclairage. Le malade était persuadé qu'il était empoisonné par ces gaz.

Sa maladie débuta brusquement le 6 *avril* par des frissons, avec une douleur vive et continue à l'épigastre, puis survint une diarrhée abondante.

Les jours suivants, ces symptômes continuèrent et s'accompagnèrent de fièvre et d'inappétence. Il fut enfin obligé de s'aliter.

A son entrée, nous constatons une douleur vive à la pression au niveau de l'épigastre et sur le trajet des côlons. Constipation. La rate n'est pas appréciable. Pas d'albumine dans les urines; pas de symptômes thoraciques. Pas d'état typhoïde. T. 39°,6.

26 *avril*. Dans la journée, deux grands frissons avec sueurs.

27 *avril*. Chute brusque de la température vers la normale, 37°,3.

Les jours suivants, le tracé est irrégulier. Pâleur et amaigrissement.

3 *mai*. Frottements pleuraux à la base droite. Matité hépatique assez considérable. Léger ballonnement abdominal.

5 *mai*. Dysurie.

6 *mai*. Matité très nette à la base du poumon droit, faiblesse du murmure, frottements pleuraux; plus haut, râles sous-crépitants. La température, qui oscillait autour de 38°, remonte brusquement à 40°,2.

7 *mai*. Matité hépatique de 13 cent. dans la ligne mamelonnaire, le bord du viscère déborde de deux travers de doigt les fausses côtes.

8 *mai*. Point de côté hépatique continu, douleur pongitive, hyperesthésie cutanée à ce niveau. L'hypochondre droit est bombé. Le ballonnement a augmenté. La dysurie continue. Un vomissement bilieux. Sueurs abondantes. Une ponction pratiquée dans le 6e espace droit en avant fournit du liquide clair citrin.

9 *mai*. Un *ictère* léger apparaît. Le malade souffre beaucoup, il ne dort pas.

10 *mai*. L'ictère s'étend à tout le corps. Les urines brunes donnent la réaction du pigment biliaire. Le ventre se ballonne considérablement, matité dans la fosse iliaque gauche. Cependant, les douleurs s'amendent, le malade a une sensation de bien-être. Le soir, toutefois, un frisson avec sueurs abondantes. T. S. 38°,8.

12 *mai*. La rate devient appréciable à la percussion. Matité à la base gauche, sans égophonie.

13 *mai*. L'ictère augmente, les selles sont argileuses. Dyspnée par accès, râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine. Crachats colorés en vert. Nouveau frisson. On pense à un abcès du foie, une ponction est pratiquée avec l'appareil Potain dans le 8e espace droit en avant, mais on ne retire qu'un peu de sang.

Les jours suivants, l'ictère diminue, la douleur hépatique disparaît, mais l'abdomen se ballonne davantage; on y perçoit un léger flot. La température est redescendue vers la normale.

19 *mai*. Œdème mou des deux membres inférieurs et du dos. Le ventre donne une sensation rénitente, pâteuse dans la fosse iliaque gauche; il est douloureux. La sensation de flot est très nette. Après un lavement, le malade a des coliques très vives; il gémit et se tord. Dyspnée. Pas d'albumine dans les urines.

20 *mai*. Facies plombé, amaigri, voix cassée. La matité et le flot envahissent tout l'abdomen. — Vomissements verdâtres, faciles. Constipation opiniâtre. Râles sous-crépitants des deux côtés.

21 *mai*. Coliques très vives.

© BIU Santé

22 *mai*. Fuliginosités des gencives, sub-délire. La température monte à 38°,8.

23 *mai*. Langue sèche.

24 *mai*. Facies tout à fait hippocratique. Dyspnée. Le malade meurt le 24 mai, à sept heures du soir.

Autopsie le 26 *mai*, quarante heures après la mort. — Corps bien conservé. — A l'ouverture de l'abdomen, le côlon transverse adhérent à la paroi est perforé. De la cavité péritonéale s'écoule un litre et demi de liquide teint en jaune, avec des flocons fibrineux. Les circonvolutions intestinales forment une masse, unies qu'elles sont par des adhérences assez faciles à déchirer. Le gros intestin est couvert de fausses membranes plus épaisses et plus denses. Mais c'est dans la région sous-diaphragmatique que prédomine l'inflammation. Entre le foie et le diaphragme, couches épaisses et molles de fausses membranes avec du pus verdâtre; autour de la rate, adhérences plus fortes. Au-dessus de ce viscère, lame de pus étalée. — L'*estomac*, très dilaté, est adhérent à la face inférieure du foie; ces adhérences se déchirent facilement, on voit alors entre les lames de l'épiploon gastro-hépatique des traînées purulentes jaunâtres que l'on peut suivre jusqu'au niveau du hile du foie et sur lesquelles tranchent des veines gorgées de sang. L'estomac, ouvert, est absolument sain.

Le *foie* est retiré tout d'une pièce avec l'estomac et le duodénum. Il est volumineux et d'une couleur jaune rougeâtre. — La *vésicule* biliaire est adhérente au duodénum. Ses parois sont lardacées; elle ne contient que du mucus clair et filant, ainsi que quelques grains biliaires noirâtres et friables.

En incisant le foie, on tombe sur un grand nombre de collections purulentes de grosseur variable limitées par une membrane noirâtre, épaisse de quelques millimètres et contenant du pus mélangé de bile jaunâtre. Ces collections sont irrégulières et, en certains points, elles communiquent les unes avec les autres, affectant dans leur ensemble une disposition rameuse. Elles ont à peu près le volume d'une noix ou d'une noisette. Près du bord droit, grosse collection isolée, du volume d'une mandarine et contenant du pus phlegmoneux verdâtre. Dans le lobe gauche, on ne trouve que quelques petits abcès. Les gros canaux *biliaires* sont gorgés d'une bile jaune foncé, et certains d'entre eux sont remplis de boue et de sable biliaire. Autour de la coupe de quelques-uns, on voit sourdre du pus. — Les rameaux de l'artère hépatique, incisés, paraissent sains.

C'est le tronc de la *veine porte* qui présente les lésions capitales. Ouverte, elle paraît triplée de volume et reçoit facilement le pouce dans sa cavité. Ses parois sont très épaisses. Sa face interne est ulcérée, tomenteuse et d'un rouge violacé. Elle contient des caillots rouges, noirâtres, adhérents; plus loin du pus. Ces lésions se retrouvent à son sinus et sur ses deux branches; les branches de deuxième ordre que nous avons ouvertes paraissent saines à l'œil nu. L'origine de la veine splénique est dilatée, mais cette veine a ses parois lisses et normales.

Le *duodénum* a sa première portion comme disséquée et entourée d'un manchon de pus. Sa muqueuse est pâle, mais elle présente trois ou quatre ulcérations grosses comme des pois, à bords festonnés et décollés, et dont la pression fait sourdre du pus.

L'intestin grêle, dilaté, ne présente qu'une plaque de Peyer d'un rouge violacé à la fin de l'iléon. — Mésentère épaissi; il ne contient pas de pus. — Le gros intestin a ses parois friables, il est très congestionné, mais malgré tout le soin possible il n'a pas été possible d'y trouver d'ulcérations. Cependant, cet examen a laissé à désirer, car cet intestin avait été déchiré par les violences nécessaires à son extraction, vu la solidité de ses adhérences et sa friabilité. Ainsi, l'appendice n'a pu être visité.

Pancréas entouré de pus. — *Rate* (220 gr.) dure à la coupe. Les *reins* paraissent un peu pâles. — Le *cœur* est petit, le myocarde est pâle. Rien aux orifices. — La plèvre gauche contient un épanchement de couleur ictérique d'un litre environ. Pas de pus.

Le *poumon gauche* présente à sa base huit ou dix petits noyaux blanchâtres, la plupart sous-pleuraux, du volume d'un haricot; leur contenu est purulent. Le *poumon droit* adhère intimement à la plèvre. Sur le bord inférieur du lobe moyen, il existe un petit îlot de broncho-pneumonie suppurée du volume d'une noix. Tout autour, le parenchyme est très dur et crie à la coupe. Pas de tubercules, emphysème au sommet.

Cerveau. Enveloppes saines. A la coupe, dans chacun des hémisphères, trois ou quatre petits abcès gros comme des noyaux de cerise, contenant du pus verdâtre; ils siègent dans la substance blanche du centre ovale et sont éloignés les uns des autres.

Résumé. — Cette pyléphlébite suppurée ne présente rien de particulier dans son histoire clinique.

Au point de vue anatomique, si son point de départ peut être discuté vu l'examen incomplet du gros intestin, les ulcérations du duodénum peuvent être invoquées néanmoins, quoiqu'elles paraissent plutôt secondaires.

Remarquons, comme particularités, que les deux branches du tronc porte ont participé à l'inflammation, qu'il y a eu des abcès du poumon et, chose plus rare, des abcès du cerveau.

Séance du 4 juin 1886. — Présidence de M. Cornil.

1. Anévrysmes multiples de l'aorte thoracique chez un syphilitique. — Anévrysme de la portion intra-péricardique de l'aorte. — Compression de la veine cave supérieure par cet anévrysme. — Lésions généralisées du système artériel. — Néphrite interstitielle avec dégénérescence amyloïde. — Périsplénite scléreuse avec plaques calcaires; par Marfan et Paul Aubry.

L..., Louis, âgé de 65 ans, entré le 7 mai 1886 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bucquoy (salle Saint-Thomas, lit n° 2), a eu la syphilis à l'âge de 22 ans (chancre à la verge et plaques muqueuses dans la gorge). — En 1880, à la suite d'une chute, il a eu une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'extrémité inférieure de la jambe. Il porte, depuis l'âge de 15 ans, deux hernies inguinales.

Au commencement du mois d'avril, le malade s'aperçoit que ses jambes se gonflent vers le soir; de plus, il est en proie à une toux sèche et quinteuse. Il entre alors une première fois à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Moutard-Martin, suppléé par M. Faisans. On constate qu'il a de l'albumine dans les urines; on le soumet au régime lacté; il sort amélioré au bout de 27 jours. Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade est toujours dyspnéique; il est essoufflé lorsqu'il marche, lorsqu'il monte les escaliers; il n'a, d'ailleurs, ni points de côté ni frissons. Cet état persistant toujours, il est admis, comme nous l'avons dit, le 7 mai, dans le service de M. le Dr Bucquoy. Le malade, à son entrée dans ce service, est pâle, maigre; il a les jambes enflées; le scrotum œdématié; il a un peu d'ascite et beaucoup d'œdème de la paroi abdominale, la face n'est pas bouffie; l'appétit est bon, la langue nette. A l'inspection du thorax, on constate une dilatation considérable du côté gauche, il existe de la matité dans toute l'étendue de ce côté, en avant et en arrière; dans le reste du poumon gauche, on entend un souffle égophonique et la voix chevrotante. Le cœur n'est pas déplacé : on perçoit un léger souffle au second temps et à l'orifice aortique. Les artères radiales sont dures et légèrement flexueuses. Le pouls radial gauche donne, au sphygmographe, le tracé typique de l'insuffisance aortique. Ce tracé ne présente nullement le plateau de l'athérome. Les veines du cou sont un peu dilatées, mais elles ne présentent pas le pouls veineux. Les urines renferment de l'albumine.

Le 9 *mai*, M. Bucquoy pratique une ponction dans le septième espace intercostal gauche, un peu en arrière de la ligne axillaire. On retire 1,500 grammes de liquide citrin.

Le 10 *mai*, le malade est beaucoup moins dyspnéique. Il a été très soulagé par la ponction. A la base du cœur, on perçoit quelques frottements; le souffle d'insuffisance aortique est plus net. Il se propage vers l'appendice xyphoïde. Sous l'influence du régime lacté mixte, l'œdème a diminué considérablement.

© BIU Santé

Le 12 *mai*, il est revenu un peu de souffle pleurétique du côté gauche; de plus, M. Bucquoy entend des frottements pleuraux dans la région de l'échancrure cardiaque. L'œdème a reparu ; la dyspnée est assez vive.

A ce moment, l'opinion de M. Bucquoy, sur ce malade, était la suivante : il s'agissait d'un individu ayant des lésions diffuses du système artériel, et ces lésions tenaient sous leur dépendance la néphrite albumineuse d'une part, l'insuffisance aortique d'autre part.

Mais, vers le 20 *mai*, l'aspect clinique du malade s'est notablement modifié; ce qui frappe, lorsqu'on approche du malade, c'est une distension énorme des veines du cou ; les jugulaires sont saillantes et tortueuses. Il n'y a pas, d'ailleurs, de pouls veineux ; la face est bouffie, les lèvres bleuâtres, la partie supérieure du thorax œdémateuse; les veines du membre supérieur sont très apparentes ; la dyspnée est très vive. A l'auscultation, on est fort étonné de ne plus entendre le souffle de l'insuffisance aortique. Ce souffle est remplacé par un éclat presque tympanique du second bruit. Pas de souffle aux autres orifices du cœur. Le double battement s'entend jusque sous la clavicule droite. Il y a toujours de l'albumine dans les urines. Dans la moitié inférieure du corps, il y a de l'œdème, mais relativement moins marqué que celui qu'on constate dans la moitié supérieure. Dans ces conditions, M. Bucquoy pense qu'il y a lieu d'admettre une compression de la veine cave supérieure. Quel était l'agent de cette compression? En raison des lésions artérielles dont la réalité ne pouvait faire l'objet d'un doute, M. Bucquoy émet l'hypothèse que c'est un anévrysme de l'aorte qui comprime la veine cave supérieure. Malheureusement, il n'y avait aucun signe physique permettant de se rattacher fermement au diagnostic d'anévrysme aortique. Les phénomènes ci-dessus décrits ont persisté jusqu'au 3 juin, jour de la mort du malade.

Autopsie pratiquée le 4 juin 1886. — *Cavité thoracique.* Les deux *cavités pleurales* renferment du liquide. La cavité pleurale gauche est complètement remplie de liquide; la cavité droite n'en contient qu'une petite quantité. Les feuillets pleuraux sont parfaitement sains ; il n'y a, à la surface, ni fausses membranes fibrineuses ni adhérences fibreuses. Il s'agit donc d'un épanchement séreux non inflammatoire. Le *poumon* droit est un peu congestionné; le gauche l'est également, mais, de plus, il présente à la base l'affaissement atélectasique. En ouvrant le *péricarde*, on constate que sa cavité ne renferme que très peu de liquide; la face antérieure du cœur présente une large plaque laiteuse, du milieu de laquelle part une petite membrane fibreuse unissant le péricarde viscéral au péricarde pariétal ; les vaisseaux coronaires antérieurs présentent, en plusieurs points de leur trajet, de petites plaques athéromateuses. Mais le fait le plus remarquable constaté à l'ouverture du péricarde, c'est une dilatation de la partie intra-péricardique de l'aorte. Cet anévrysme est gros comme une mandarine. Ses parois sont dures et calcaires. En ouvrant le cœur et l'anévrysme, voici ce que l'on constate : les cavités du cœur sont un peu dilatées, leurs parois sont un peu amincies et ont une teinte feuille-morte. Les valvules sont saines à tous les orifices ; seulement l'orifice aortique a subi manifestement une dilatation passive. L'anévrysme intra-péricardique ne présente pas, chose remarquable, de caillots anciens, grisâtres, stratifiés dans sa cavité; sa surface est parsemée de plaques calcaires d'inégales dimensions. En passant un stylet dans la veine cave supérieure, on s'aperçoit nettement que ce vaisseau est comprimé par l'anévrysme de la portion intra-péricardique. En poursuivant l'aorte au delà de cette première dilatation, voici ce que l'on observe : des plaques calcaires nombreuses sont enchassées dans l'endartère, puis vers la quatrième vertèbre dorsale, et à la concavité du vaisseau, on trouve une petite dilatation ayant le volume d'une noix; la cavité de cette seconde ectasie ne renferme pas, non plus, de stratification fibrineuse. Sa paroi est formée de plaques calcaires. Immédiatement après cette seconde dilatation, en vient une troisième, qui n'est séparée de la précédente que par un éperon pariétal. Cette tumeur correspond à peu près au niveau de la cinquième vertèbre dorsale ; elle est en contact avec la face interne du poumon gauche, auquel elle adhère intimement par l'intermédiaire d'une plaque fibreuse. A ce niveau, le poumon ne présente pas de lésion spéciale. Cet anévrysme a le volume d'une orange. Sa cavité est tapissée par des stratifications fibrineuses très épaisses. Le reste de l'aorte thoracique présente des plaques calcaires moins confluentes.

Cavité abdominale. A l'ouverture, il sort, avec une certaine force, une grande quantité de liquide citrin. L'aorte abdominale présente quelques plaques athéromateuses. Le *foie*, non atrophié, est légèrement granuleux. La *rate* est un peu plus petite qu'à l'état normal. Son tissu crie sous le scalpel. Elle est enveloppée d'une coque fibreuse très épaisse et parsemée de plaques calcaires, surtout abondantes vers le hile. Les *reins* sont petits, granuleux, rouges ; ils présentent à leur surface un grand nombre de petits kystes à contenu transparent. Quelques-uns ont le volume d'un petit pois, la majeure partie celui d'une tête d'épingle. La capsule se décortique difficilement. A la coupe, la substance corticale est manifestement atrophiée; par place, le tissu du rein est brillant, comme s'il était atteint de dégénérescence amyloïde. Ce dernier point a été éclairci par l'examen histologique, dont voici les résultats.

Sur une coupe de la substance corticale colorée au picro-carmin, le tissu fibreux apparaît très abondant autour des vaisseaux qui sont béants pour la plupart. Il existe très peu de formation conjonctive autour des tubes urinifères ; par contre, certains tubes urinifères paraissent peu colorés et sans aucun linéament de structure. Il y avait, dans ce dernier détail, une présomption de dégénérescence amyloïde. C'est ce dont nous nous sommes convaincus en traitant une coupe par le violet de méthyle : un certain nombre de tubes tranchaient par leur coloration rouge sur la teinte violette des autres parties.

Réflexions. — Au point de vue anatomo-pathologique, cette observation constitue incontestablement un cas d'artério-sclérose généralisée, lésion qui tenait sous sa dépendance les ectasies aortiques, la périsplénite fibreuse, avec plaques calcaires, et aussi la néphrite interstitielle. Cette dernière, avons-nous dit, s'accompagnait de dégénérescence amyloïde. Le sujet de l'observation était un ancien syphilitique. Dans quelle mesure cette cause a-t-elle favorisé la production de la dégénérescence amyloïde dans un rein cirrhotique? Ce sont là des questions que nous ne pouvons que poser ; les éléments nous manquent pour y répondre d'une manière positive.

Au point de vue clinique, l'intérêt présenté par le malade est plus considérable : le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, porté pendant la vie, a été basé, non pas sur des signes physiques, qui manquaient à peu près totalement, mais sur les deux faits suivants :

1° Il s'agissait d'un malade présentant des lésions généralisées du système artériel ;

2° Ce malade avait manifestement une compression de la veine cave supérieure.

7. Kyste hydatique de la rate; par J. Besançon, interne des hôpitaux.

La nommée G... Jeanne, âgée de 62 ans, entre, le 22 mai 1886, à l'hôpital de la Pitié, salle Lorain, n° 36, dans le service de M. le Dr Lancereaux. Elle est atteinte d'une pneumonie droite, datant de sept jours. En découvrant la malade, on aperçoit une déformation de l'hypochondre et du flanc gauches, et l'exploration de cette région permet d'y limiter une tumeur volumineuse. L'interrogatoire est difficile en raison de la prostration de la malade. Il semble pourtant ressortir de ses réponses que le début de la tuméfaction remonte à onze ans, et que depuis elle s'est graduellement accrue. Son évolution a été presque complètement indolore et n'a jamais empêché la malade de se livrer à des travaux pénibles. Cette femme n'est, du reste, nullement cachectique. La tumeur circonscrite par

© BIU Santé

la palpation et la percussion, occupe l'hypochondre et le flanc gauches. Elle déborde vers l'épigastre jusqu'à l'appendice xyphoïde ; plus bas, elle reste distante de l'ombilic de trois travers de doigt et se termine inférieurement au niveau de la ligne horizontale, joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures. Sa consistance est inégale. Elle paraît bridée transversalement à sa partie moyenne, et, au niveau de cette dépression, la tumeur est de consistance ferme et paraît solide. Au-dessus et au-dessous de cet étranglement, la tumeur se renfle en deux saillies hémisphériques qui sont mates à la percussion, sans frémissement vibratoire, et qui donnent à la palpation la sensation de poches élastiques contenant du liquide. Les téguments de la région sont intacts et glissent facilement sur la tumeur. L'estomac n'est pas dilaté. Le foie paraît de dimensions normales et non bosselé. Les urines sont simplement chargées d'urates, en raison de la fièvre qui accompagne la pneumonie, mais ne contiennent pas d'albumine.

En présence de l'intégrité du foie et de l'examen négatif des urines, en tenant compte aussi de la topographie de la tumeur, on est amené à penser qu'elle dépend de la rate. Le mode d'évolution de la lésion et les renseignements fournis par la palpation, permettent de soupçonner sa nature kystique. Une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz reste sans résultat. La malade meurt de sa pneumonie le 1er juin.

A l'AUTOPSIE, on constate que la tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes. Elle apparaît sous forme de deux lobes arrondis, ayant chacun le volume du poing, et séparés par un sillon médian sur lequel repose le colon transverse qui adhère légèrement à la tumeur. Le rein gauche est luxé et refoulé au devant des vertèbres lombaires par la tumeur qui occupe exactement la situation limitée pendant la vie. La tumeur adhère par des tractus conjonctifs peu denses à la grosse tubérosité de l'estomac. L'extrémité du lobe gauche du foie lui est également adhérente, ainsi que la queue du pancréas. Mais la dissection de ces parties est assez facile. La tumeur isolée et débarrassée de ses adhérences pèse 3 kil. 130 grammes. Elle mesure, dans son diamètre vertical, 23 centimètres ; dans son diamètre transversal, 20 centimètres, et 9 centimètres d'épaisseur dans le sens antéro-postérieur. Au niveau du sillon circulaire qui sépare ses deux lobes, on distingue, en avant et en arrière, une plaque de tissu splénique d'aspect normal. Les vaisseaux du hile de la rate se reconnaissent sur la face postéro-interne de la tumeur. Ils ne sont pas dilatés ni comprimés et leur apparence est normale. A l'incision des poches kystiques, on recueille deux verres de liquide clair et limpide, incolore ; traité par l'acide nitrique, il ne fournit pas de précipité albumineux. Dans ce liquide, nagent une grande quantité d'hydatides de volume variable, les plus grosses atteignant les dimensions d'un œuf de pigeon.

Tous les autres viscères sont sains, à l'exception du lobe supérieur du poumon droit, qui est hépatisé. Dans aucun organe, on ne trouve trace d'autres kystes parasitaires. Le foie, notamment, est absolument intact.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. FARABŒUF, à propos du procès-verbal de la dernière séance, montre des figures schématiques et des pièces anatomiques à l'appui de sa communication du 6 octobre. Il rappelle qu'il admet trois causes de fixité de la mâchoire inférieure dans les luxations de cet os : 1° *Accrochement prémalaire* ou plutôt *extra-malaire*, dans la fossette de Nélaton, ce qui se produit ordinairement quand les pommettes sont effacées ; dans ces cas, le ligament sphéno-maxillaire est flottant, non tendu ; 2° Le *contact rétromalaire*, dit de Moreau, cas le plus fréquent ; l'os malaire est alors trop en avant ; le ligament sphéno-maxillaire est sur le point d'être tendu ; 3° Si l'apophyse coronoïde est trop courte (ou, si l'on veut, quand l'os malaire est trop éloigné de l'apophyse transverse), il n'y a plus de contact ; la fixité est due à l'*action ligamenteuse* (ligaments sphéno-maxillaire et stylo-maxillaire). Dans les deux premiers cas, la force musculaire tire en haut le maxillaire. Ces trois causes se rencontrent plus ou moins souvent ; tout dépend du développement comparatif de l'apophyse coronoïde et de l'aire zygomatique.

M. TILLAUX pense que c'est l'action musculaire seule qu'on doit invoquer pour expliquer l'impossibilité de rapprocher les dents. Donc, pour réduire, vaincre d'abord la résistance musculaire.

M. DESPRÉS appuie cette remarque ; de plus, il croit que le mécanisme de production des luxations de la mâchoire inférieure n'est pas le même pour les luxations bi-latérales et uni-latérales. Pour lui, la troisième cause invoquée par M. Farabœuf (théorie des ligaments) doit être très rarement admise.

M. FARABŒUF prétend que les mêmes causes de fixité s'appliquent aux luxations uni-latérales. Dans les luxations uni-latérales, c'est quelquefois une dent molaire et non l'apophyse coronoïde qui établit le contact.

M. LE DENTU fait remarquer que les pièces présentées par M. Farabœuf montrent bien les rapports des os luxés. De plus, il insiste sur une *sensation spéciale*, de résistance passive, qu'il a parfois notée, en essayant de réduire ces luxations, et qu'il croit devoir attribuer à une résistance de nature ligamenteuse, plutôt que musculaire ; c'est une petite preuve clinique en faveur de la troisième cause citée par M. Farabœuf (théorie des ligaments.)

M. TILLAUX n'en veut rien croire.

M. LE DENTU affirme qu'il a, dans certains cas, parfaitement observé cette sensation spéciale ; c'est une nuance, il est vrai, mais c'est exact.

M. TERRIER lit un rapport sur une note envoyée par M. le Dr Defontaine et ayant pour titre : *Intervention dans un cas d'imperforation de l'hymen avec accidents.*

M. CHAUVEL donne lecture d'un travail de M. le professeur HEURTAUX (de Nantes), sur la *Torsion ou rotation axile et la rupture du pédicule des kystes de l'ovaire.* Il cite deux observations nouvelles, l'une de rupture, l'autre de torsion et résume les travaux antérieurement publiés sur cette question.

M. SCHWARTZ lit une note sur un cas *d'Ostéo-sarcome kystique télangiectasique de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche. Ligature préliminaire de la sous-clavière et désarticulation de l'épaule.* A propos de ce malade, il insiste sur la *fièvre* dite *néoplasique*, décrite par Estlander.

M. TERRILLON présente un malade auquel il a fait la *suture tendineuse* pour une section complète de tous les tendons extérieurs du poignet. Résultat superbe ; mouvements presque entièrement reparus.

M. BERGER cite un fait analogue pour le pied.

M. POULET présente un autre malade atteint d'*ostéo-périostite diffuse des os du crâne*, ayant amené une cécité presque complète par compression des nerfs optiques. Il demande ce qu'on doit tenter pour soulager cet homme.

M. TERRIER, qui a vu deux cas analogues, pense que le mieux est de s'abstenir de toute intervention.

A cause du Congrès de chirurgie, il n'y aura pas séance la semaine prochaine.

MARCEL BAUDOUIN.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

VIII. La visione dei colori e le sue alterazioni studiate in rapporto al servizio ferroviario ; dal Dr Guido PRISMARINI. — Feresize, 1886.

IX. Sulla fisiologia del grande hippocampo ; del dott Giuseppe FASOLA (*Riv. Sper. di fren.* Anno XI. pax. IV).

X. Contributo allo studio delle localizzazioni motrici cerebrali ; pel. dott. SANTI BIVONA. *Il pisani.* Anno VI. fasc. III et IV).

XI. Delle vie die conduzione centrifuga cerebro spinali ; — Dei dott. I. NOVI et D. BALDI. (*Lo Sperimentale* 1886.) Mars. P. 281.

I. Ce travail peut se diviser en plusieurs parties : l'auteur passe d'abord en revue les différentes théories proposées pour donner une explication de la sensation des couleurs. Dans une seconde partie, il étudie les formes les plus com-

© BIU Santé

munes de leurs altérations, le daltonisme, ses variétés, ses formes, qu'il soit congénital ou qu'il résulte de lésions organiques ou de troubles dynamiques survenus soit dans l'appareil périphérique de la vision, soit dans les centres corticaux de la substance cérébrale. Il expose ensuite les différents procédés employés pour le diagnostiquer, et c'est là un point des plus importants à connaître pour les médecins attachés aux services des chemins de fer, qui doivent toujours s'assurer que les employés n'ont pas d'altérations du sens chromatique, pouvant les empêcher de reconnaître les différents signaux de couleurs distinctes. En attendant que le désir exprimé par M. Redard aux congrès de Copenhague se réalise et que les différents Etats suivent la même marche dans l'examen du sens chromatique de leurs employés de chemins de fer, M. Piermarini expose, dans une revue critique, les règles adoptées dans chaque pays et compare leurs résultats. En somme, le travail qui touche à la médecine, à l'hygiène, à la médecine légale peut être consulté avec fruit par tous les médecins et sera surtout d'une grande utilité pour ceux qui, par leur position particulière dans les services des chemins de fer, doivent toujours avoir présente à l'esprit cette devise : *Salus publica suprema lex esto.*

IX. La formation du grand hippocampe qui fait partie de l'écorce cérébrale est en rapport étroit avec les fonctions de la vue, de l'ouïe, de l'odorat. C'est une de ces régions dans lesquelles, comme le dit Luciani, il y a une confusion partielle des divers centres sensoriels. — Les fibres sensitives émanant du grand hypocampe et destinées à l'organe de la vue subissent, comme celles qui dérivent de la sphère visuelle corticale, une décussation partielle, de façon à avoir une mode de distribution périphérique analogue dans le champ rétinien, avec prédominance du faisceau croisé sur le faisceau direct. Les choses se passent de même pour les fibres auditives. Quant aux fibres olfactives, il est probable qu'elles ne s'entrecroisent pas.

X. Fracture à la région temporo-pariétale droite : épilepsie jaksonienne dans les muscles de la langue, faciaux inférieurs de ce côté et fléchisseurs du membre supérieur gauche, qui tous sont parésiés. — La localisation des centres psycho-moteurs de ces muscles doit bien résider dans la moitié inférieure de la circonvolution frontale ascendante, car les recherches de topographie cranio-cérébrale faites par le procédé du Dr Antonelli, montrèrent que c'était à ce niveau que siégeait la lésion osseuse.

XI. Voici le résultat des expériences physiologiques que les auteurs ont faites à ce sujet chez le chien. — L'excitation unilatérale de la zone excitable de l'écorce cérébrale produit, si elle est légère, un mouvement unilatéral croisé; si elle est plus forte, le mouvement est bilatéral et peut se généraliser aux quatre membres. Dans ce cas, ce sont les muscles du ou des membres du côté opposé à l'excitation qui se contractent les premiers. — Si l'on pratique une hémisection spinale du côté opposé à l'excitation, c'est l'inverse qui se produit. — Si on enlève chez un chien un gyrus sygmoïde et qu'on excite l'autre, les mouvements des muscles du côté opposé au gyrus extirpé seront très faibles; ils disparaîtront presque tout à fait à la suite d'une hémisection spinale faite au niveau de la dernière vertèbre dorsale et du même côté que le gyrus enlevé. — L'excision du corps calleux suivie d'une hémisection spinale du côté opposé à l'excitation, amène une diminution puis une disparition des mouvements des muscles du même côté de l'excitation. Si l'on coupe chez un chien les racines postérieures des paires spinales qui forment le crural et le sciatique, les mouvements des deux membres inférieurs diffèrent de forme, si l'on excite la zone verticale du côté correspondant à celui où les racines ont été coupées. De ces expériences, les auteurs concluent qu'il y a des voies de conduction centrifuge aussi bien intracérébrales qu'intraspinales.

J. SÉGLAS.

CORRESPONDANCE

A propos du projet de loi sur la pharmacie.

Nous publions, à titre de renseignement, suivant notre promesse, la lettre suivante :

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

Saint-Astier (Dordogne), le 4 septembre 1886.

Très cher et très honoré Confrère,

Depuis que vous avez eu l'obligeance d'insérer ma communication au sujet du nouveau texte de loi sur l'exercice de la pharmacie, proposé par une commission composée presque uniquement de pharmaciens, j'ai reçu deux stocks de lettres : Dans le premier, composé des missives anonymes de pharmaciens de 2me classe, l'injure la plus grossière et la plus sotte s'étale et déborde ; ce qui ne me surprend pas de la part d'hommes enhardis à défendre l'arche sainte de la pharmacie que pourtant personne n'attaquait, mais qui veulent étendre coûte que coûte les privilèges de leur profession au détriment du malade d'abord et du médecin ensuite ; en lisant tous ces factums on ne peut s'empêcher de songer au fameux proverbe : « Laissez-leur prendre un pied chez vous et ils en auront bientôt pris quatre. » Comme bien vous le pensez, j'ai fait de toute cette prose ordurière le cas qu'elle mérite en la jetant au feu.

Au contraire, parmi les lettres de nos confrères qui sont toutes empreintes, je ne puis m'empêcher de le constater en passant, de la plus sage modération, je vois, sous des formes différentes, toujours les mêmes idées revenir ; la plupart vont plus loin que moi ; mais, en somme, tous sont du même avis : il faut, puisque les pharmaciens veulent tout changer au détriment du malade et du médecin, faire un pas de plus et exiger d'eux dorénavant deux diplômes, autrement dit créer un grade unique pour les pharmaciens et pour les médecins ; ce sera la meilleur façon de relever cette profession et aux propres yeux des pharmaciens et à ceux du public.

Pour nous, bien qu'une telle solution soit loin de nous déplaire (elle fait partie des trois que nous avons indiquées), nous concluons malgré tout au *statu quo* ; avec le *statu quo*, en effet, le médecin de campagne peut vivre et le service de la pharmacie est assuré dans les villes où les soucis de la clientèle absorbent trop la vie du médecin pour qu'il veuille s'astreindre à préparer des médicaments, ce qu'il pourrait pourtant s'il le voulait, puisque dans chaque ordonnance, il marque non seulement le nom du médicament et la dose à laquelle on doit le prendre, mais encore la manière de le préparer et celle de l'administrer.

Nous vous prions donc instamment, très cher et très honoré confrère, de vouloir bien appuyer, de toute la force et de toute l'autorité que vous donne votre compétence en la matière nos justes revendications ; nous espérons bien que les législateurs du XIXe siècle ne se montreront pas moins libéraux pour nous que ne l'ont été leurs devanciers, qu'on ne peut pourtant point accuser de trop de partialité pour les médecins, étant connues certaines lois de suspicion qui empêchent le médecin d'hériter de son malade alors même que ce malade est son proche parent, s'il est reconnu qu'il lui a donné des soins dans sa dernière maladie ; étant connue aussi l'absence de.... largesse du législateur pour le médecin toutes les fois que ce dernier est obligé de prêter son concours à la justice.

Eh bien, qu'on ne fasse rien pour nous, qu'on continue à tolérer sur les places publiques tous ces charlatans aussi nomades que peu patentés qui, habillés en empereurs romains, ayant voiture dorée sur tranches et chevaux harnachés et caparaçonnés comme pour un sacre royal, animent le paysage et satisfont les natures artistiques ; qu'on donne aux officiers de santé les mêmes droits qu'aux Docteurs, nous y souscrivons encore de grand cœur ; après tout, tant pis pour le public qui, ayant d'autres garanties, consent à se laisser estropier ou seulement déformer par des guérisseurs pas ou peu patentés, mais qu'on n'ôte pas aux Docteurs communaux le droit de vivre, ou qu'on force les pharmaciens à exercer à la campagne la médecine, la chirurgie et les accouchements.

© BIU Santé

On dirait vraiment, pour qui sait comme nous les services que le médecin de campagne, en faisant de la pharmacie dans les communes où il n'y a pas d'officine ouverte, rend au malade en lui évitant de longues heures de souffrance et souvent plus ; on dirait, dis-je, que le pharmacien considère le malade comme son bien, sa chose, qu'en un mot il a été créé et mis au monde pour lui. C'est vraiment vouloir changer par trop vite les rôles et les idées que nous nous faisons du progrès et qui ne vont heureusement pas jusque-là.

Celles du malade non plus ; écoutez plutôt ce qui m'est arrivé cette année ; je ne cite que ce fait, j'en pourrais citer beaucoup d'autres :

Je soignais un malade atteint d'hémophilie ; c'était l'année dernière au mois de juin ; comme tous les hémophiles, celui-ci avait la peau fine, satinée, des veines bleuâtres très développées serpentaient sous cette peau ; la face de ce jeune homme (mon malade à quinze où seize ans), ordinairement pâle, était livide quand j'arrivai. Il venait, en effet, d'avoir une hémorrhagie nasale dont je ne puis préciser la quantité, mais à coup sûr des plus considérables et des plus effrayantes pour les parents qui avaient déjà perdu, il y a deux ans, une autre enfant (fille d'une vingtaine d'années) par suite d'épistaxis.

Je mis aussitôt en œuvre tous les moyens et médicaments usités en pareil cas : Compresses d'eau fraîche, pincement du nez, moyen de Négrier, bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer et introduits dans le nez, prises d'alun et de tannin en parties égales, ergotine et perchlorure de fer à l'intérieur, administrés alternativement, rien n'y fit, le saignement de nez arrêté à la partie antérieure des fosses nasales se reproduisait en arrière ; c'est alors que je songeai à faire le tamponnement des fosses nasales ; le malade était tellement pâle et affaibli que je me demandais, à part moi, s'il pourrait le supporter ; mais il n'y avait pas à tarder plus longtemps et encore moins à réfléchir, les secondes devenaient des heures et le malade qui s'était confié à moi allait succomber inévitablement ; n'ayant pas la sonde de Belloc, je pris brusquement une sonde flexible en caoutchouc vulcanisé munie d'un fil double à son extrémité ; dès qu'elle fut arrivée dans le pharynx je l'attirai hors de la bouche avec des pinces ; je fixai rapidement un bourdonnet de charpie dans l'anse du fil double en la nouant, je plaçai un autre bourdonnet de charpie à la partie antérieure des fosses nasales, après quoi j'attendis un quart d'heure et je partis ; à peine étais-je rentré chez moi que je fus rappelé en toute hâte, l'hémorrhagie arrêtée par le nez venait de se reproduire par l'estomac, j'assistai à une abondante hématémèse et tout-à-coup le malade s'affaissa pris de syncope ; vous jugez de ma perplexité ; je le crus mort ; je collai aussitôt ma figure contre sa poitrine : il respirait encore mais faiblement, les bruits du cœur s'entendaient à peine, le pouls était imperceptible. Au bout d'un moment le pouls et la respiration reprirent ; que faire? Je songeai vaguement à la transfusion du sang n'ayant aucun des appareils nécessaires et n'espérant pas les trouver chez mes confrères de Périgueux, quand tout-à-coup l'idée me vint d'employer l'ergotine en injections sous-cutanées ; bien m'en prit, car aussitôt tous les accidents furent conjurés ; j'employai la solution suivante :

Ergotine.	4 gr.
Glycérine . (	
Eau distillée.)	15 gr.

Une seule injection suffit.

Le lendemain rien de nouveau ne s'était produit, il y avait seulement sur toute la surface du corps des plaques noires de purpura et un piqueté hémorrhagique ; je prescrivis des boissons froides à la glace, bouillons, etc., repos absolu et au bout de quelques jours : fer et vin de quinquina au borax ; dès qu'il fut assez remis, je l'envoyai prendre des douches.

Cette année à la même époque les mêmes accidents se sont reproduits aussi terribles que la première fois et je suis convaincu que si je n'avais pas eu sur moi la solution d'ergotine dont j'ai parlé plus haut et que j'ai employée souvent depuis le premier accident j'assistais à la mort de mon malade.

Qu'on y réfléchisse donc bien avant de voter le projet de loi proposé par une commission de pharmaciens, car ce ne sont pas seulement les paysans qui sont intéressés à la question, mais aussi le châtelain quand il est trop éloignés des villes ; dans ce cas, malgré de bons chevaux, le temps qu'on met pour aller trouver le médecin, chercher le remède, le rapporter, attendre le pharmacien ou son élève quand ils sont au café à faire la partie avec l'épicier du coin, retarde l'action des secours efficaces, et ce retard le malade le paye souvent de sa vie ; une pratique de dix ans m'en fournit malheureusement trop d'exemples.

Dr Boisseuil.

BIBLIOGRAPHIE

Hommage à M. Chevreul, à l'occasion de son centenaire. Paris, Félix Alcan, 1886.

« La meilleure manière d'honorer un savant et un homme « qui a travaillé pendant un siècle, c'est de lui offrir l'hommage « des travaux poursuivis d'après lui, et sous son inspiration. » C'est cette pieuse pensée, exprimée par M. Berthelot, qui a réuni plusieurs de nos plus éminents maîtres dans une collaboration digne du grand savant dont on vient de fêter le centenaire. Les questions que M. Chevreul a étudiées dans sa longue carrière sont assez nombreuses pour qu'en même temps des chimistes, des physiologistes, des médecins, des anatomistes, des physiciens, puissent se présenter comme ses élèves. C'est tout d'abord M. Berthelot, avec un mémoire sur *la préparation du gaz ammoniac*, interprété suivant les doctrines nouvelles de la mécanique chimique. — C'est ensuite M. Demarçay avec une étude sur la *sensibilité de quelques réactions spectroscopiques*. — Puis vient M. Dujardin-Beaumetz, cherchant à expliquer *les effets thérapeutiques des corps par leur formule atomique*, tâche que Rabuteau avait poursuivie avec un certain succès pendant ces dernières années. — *Le mécanisme de la variation des êtres vivants* est l'objet d'un remarquable travail de M. Gautier : d'après le savant professeur, le phénomène de transmission d'une tendance ou d'une impulsion d'une cellule à une autre cellule ou aux éléments qui la composent, n'a rien en soi de beaucoup plus mystérieux que le mécanisme de la transmission de la flamme d'une bougie allumée à une bougie éteinte. — M. Grimaux apporte son hommage sous forme de *deux lettres inédites de Lavoisier*, dont l'une traite de la mortalité des enfants envoyés en nourrice dans les campagnes. — L'offrande de M. Pouchet consiste en un intéressant mémoire sur les *produits en anatomie générale*, avec une exposition des théories de de Blainville, vérifiées par les découvertes récentes ; les éléments constituants de l'organisme, ce sont les cellules ; les produits, c'est tout le reste. — M. Ch. Richet termine la série des présents par un curieux chapitre de psychophysiologie sur *les mouvements inconscients* : il a eu surtout en vue l'explication des faits divinatoires qui ont valu, il y a deux ans, un certain succès au prestidigitateur Cumberland.

Tous ces travaux, qui semblent n'avoir entre eux aucun lien, ont eu leur point de départ dans les publications de M. Chevreul : cette diversité fait le plus bel éloge de l'étendue d'esprit de notre grand vieillard.

De la paralysie faciale récidivante; par P.-J, Möbius; (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886, n° 7).

M. Möbius qui, dans le n° 3 du même recueil a déjà fait mention d'un cas de ce genre, en publie deux nouveaux :

1re *Observation*. — Homme de 51 ans ayant déjà eu une paralysie faciale à droite par refroidissement en 1868, puis une autre à gauche en 1876, et enfin une nouvelle à droite en 1886, après une course dans une voiture ouverte.

L'auteur a une tendance à admettre, que dans bien des cas, la paralysie faciale est due à une *infection*, mais à une infection ne créant pas l'immunité, et qu'ici l'action du froid est comparable à ce qu'elle est dans la pneumonie.

Il insiste sur les troubles sensitifs quelquefois assez accentués qui le montrent dans certains cas de paralysie faciale, et croit que ces troubles sensitifs manquent dans les formes légères et sont par conséquent, l'indice d'une certaine gravité.

2e *Observation*. — Serrurier de 20 ans, un peu dur d'oreille à gauche depuis son entrée en apprentissage, ayant eu à trois reprises différentes une paralysie faciale à gauche, l'examen de

© BIU Santé

l'oreille permit de constater un catarrhe ancien de l'oreille moyenne; dans ce cas c'est certainement à des lésions directes du nerf facial dues à des poussées d'otite moyenne qu'il faut rapporter la paralysie. P. MARIE.

Nouvelles observations sur le tabes; par P.-J. MÖBIUS. — *Schmidt's Jahrb.* T. CCIX. — Fasc. 2.

Cette revue est la continuation de celles que Möbius a depuis plusieurs années déjà consacrées aux travaux parus sur le tabes; comme ses devancières elle a le grand mérite de permettre en un temps très limité de se mettre au courant de tous les travaux récents (et on sait s'ils sont nombreux!) qu'a inspirés cette question, si difficile et si multiple dans ses aspects, du tabes dorsalis.

Nous avons été heureux de voir que, contrairement à ce qui a lieu ordinairement dans les recueils étrangers, un certain nombre de thèses de Paris sont analysées dans ce travail, le fait n'a rien d'ailleurs qui puisse nous surprendre de la part du distingué directeur des Schmidt's Jahrbücher. P.-M.

Tabes dorsalis avec conservation des réflexes rotuliens; par L. HIRT (*Berl. Klin. Wochenschft*, 1886, n° 10.)

L'auteur tout en insistant sur l'absence presque constante du réflexe tendineux dans le tabes rapporte deux observations dans lesquelles ces réflexes étaient conservés, bien que l'existence du tabes soit incontestable, et que l'autopsie de l'un des malades ayant eu lieu on ait bien constaté la sclérose des cordons postérieurs. L. Hirt pense que cette anomalie est due probablement à une localisation spéciale des lésions et se propose de faire des recherches dans ce sens. Le Pr Westphal aurait lui aussi observé des cas semblables qu'il compte bientôt publier (quatre ou cinq cas analogues ont été observés dans le service de M. Charcot, pendant ces dernières années.

P. MARIE.

De l'Antipyrine dans la Thérapeutique infantile; par le Dr MONCORVO, professeur à la Policlinique de Rio-de-Janeiro. — Paris, O. Berthier.

D'après les cinquante observations que rapporte l'auteur, l'antipyrine serait le plus puissant et le moins dangereux des agents antithermiques employés jusqu'ici dans la thérapeutique infantile. La défervescence déterminée par l'usage de ce médicament s'opérerait avec une régularité presque mathématique chez les enfants de tout âge. L'antipyrine est administrée chez les petits malades soit par la voie gastrique, soit en lavement, soit par la méthode hypodermique: ce dernier mode semble préférable aux deux autres.

A ses recherches cliniques, M. Moncorvo ajoute les résultats des expériences faites par les physiologistes sur l'antipyrine: puis il examine comparativement l'action de cette substance et celle des autres agents antipyrétiques, sulfate de quinine, digitale, acide phénique, salicine, salicylate de soude, pilocarpine, etc. C'est après avoir étudié ces différents corps qu'il indique les raisons pour lesquelles il leur préfère l'antipyrine.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Nous avons vu précédemment un article sur l'état des religieuses de 1630 à 1634 et plus loin l'établissement d'une dépositaire destinée à la suppression des petits et gros bénéfices des sœurs.

Nous allons entrer dès à présent dans une période des plus curieuses de l'histoire de l'Hôtel-Dieu. Une véritable révolution va s'accomplir contre le pouvoir des administrateurs. Un maître au spirituel de l'Hôtel-Dieu tentera de détruire toutes les réformes apportées depuis Louis XII et ce n'est que par les plus grands efforts que la Compagnie pourra s'en défaire.

« La maison de l'Hostel Dieu a esté depuis son establissement, toujours régie et gouvernée, tant pour le spirituel que temporel, par Messieurs du Chappitre de l'Eglise Nostre Dame, sinon que depuis l'an mil cinq centz cinq, que Messieurs du Parlement par leur arrest, auroient tiré des mains desdits sieurs de Chappitre, le Gouvernement temporel, et à icelluy institué des maistres et Gouverneurs bourgeois de Paris, pour les causes portées par ledict arrest, depuis lequel temps lesdits bourgeois ont tousjours regy et conduict l'esconomye de toute la maison, en ce qui ce peult despencer, recevoir et distribuer, et pour ce faire, establir des officiers et serviteurs pour ce qui regarde l'administration des pauvres mallades et l'entretenement et leur nourriture jusques à présent, et pour recongnoistre de tout ce qui despend de ladicte esconomye, auroient estably leur Bureau en une maison appartenant à l'Hostel Dieu, seize à l'opposite d'icelluy, en laquelle demeure ung greffier concierge, pour avoir soing d'icelle et de tous les papiers, tiltres, enseignemens et comptes quy concernent toute la despense et recepte du revenu dudict Hostel Dieu, en laquelle les sieurs Gouverneurs s'assemblent deux jours la sepmaine, s'il n'est feste, qui sont le matin des mercredis et vendredis, où ilz décident toutes les affaires dudict Hostel Dieu, ordonnent de toute la recepte et despence d'icelluy, ensemble du maintien et entretenement de toutes les offices estans au dedans dudict Hostel Dieu, maniées tant par le maistre que soubz maistre, Prieure que soubz prieure, relligieux, relligieuses, serviteurs, domestiques et officiers, ayant charge tant de despences de chair que de pain, vin, bois et meubles, et toutes choses servans pour la nourriture et entretenement des mallades, et de toute la maison, desquelles ordonnances en est faict registre par le greffier qu'ilz ont estably et institué dès le temps de leur establissement et par ung autre registre particulier, il enregistre tous les mandemens qui se font par lesdits sieurs gouverneurs, et se dellivrent par ledict greffier, pour avoir paiement de toutes les despences qui s'y font et pour lesquelz paiemens ilz ont pareillement estably un receveur général, pour recevoir le revenu général dudict Hostel Dieu, qui gist et consiste en rentes sur le domaine et trésor du Roy, rentes sur les Aydes, sur le sel, sur la recepte généralle et sur le clergé, mesmes sur particulliers, etc., etc...

Ici sont énumérées les différentes sortes de revenus de l'Hôtel-Dieu. Nous passons outre et arrivons au pouvoir spirituel.

« L'aultre point, qui despend du Spirituel consiste en la police des mœurs, en forme de relligion et jurisdiction, sur certain nombre de relligieux et relligieuses qui sont pour servir et secourir les pauvres, lesquelz relligieux et relligieuses vivent soubz la règle de St-Augustin, neantmoins soubz certains statutz accommodez à l'estat de la maison, laquelle jurisdiction spirituelle appartient à Messieurs du Chappitre, les doyens et chanoynes de l'église de Paris et qui ont faict lesditz status, pour ne despendre ladicte maison d'aucuns généraulx, provinciaulx, abbez prieurs ou aultres et non pas mesme de l'archevesque de Paris.

Et d'aultant que lesdictz doyen et chapitres ne peuvent en corps et en général administrer, ilz choisissent deux d'entre eulx qu'ilz appellent *proviseurs*, lesquelz proviseurs visitent en certain temps relligieux et relligieuses de ladicte maison pour lire et faire entendre leurs dictz status, et s'ilz sont suivis et s'ils vivent suivant leurs reigles, en oultre il y a ung *maistre* estably qui se nomme le *Maistre dudict Hostel Dieu*, qui se doibt prendre du corps desditz relligieux ordinairement qui sont en ladicte maison s'ilz se trouvent capable, et que s'il ne s'en trouvent aulcun, leurs dictz status ordonnent qu'il s'en prendra ung de dehors qui ayt les qualités requises, lequel maistre est institué par lesdictz du Chappitre, comme leur vicaire general; et par eulx présenté au Bureau pour y estre receu et admis, pour ordonner de sa norriture et logement et de la fonction que l'on luy donne en ladicte maison, pour prendre garde, en l'absence desdictz sieurs gouverneurs et administrateurs, à tout ce qui est du temporel de ladicte maison, et en tous cas en advertir lesdicts sieurs administrateurs, et ayant mesmes plain pouvoir aux choses spirituelles, à qui tous relligieux, relligieuses, chappelains, officiers, serviteurs et tous ceulx qui sont demeurans dedans l'enclos de ladicte maison luy doibvent obéyr en ce qui regarde le spirituel.

Il y a cinq relligieux profex, en habitz non différends des aultres ecclesiastiques, lesquelz ont esté receus petits enfans de cœur au Bureau par Messieurs les administrateurs, jusqu'à ce qu'ilz soient en aage de faire profession, lesquelz auparavant que d'estre mis à la robbe noire, et d'entrer en l'année d'approbation ou profession, ilz se présentent au Bureau pour advertir Messieurs les administrateurs de leur intention, et leur pourvoir pour leurs vestemens, estans prestres, servir aux pauvres *in spiritualibus* et aux relligieuses aussy, comme à les entendre en confession et visiter les salles des mallades, les consoller et oultre d'assister au service divin, qui se dict canonniallement audict Hostel Dieu, à toutes les heures, asscavoir matines à quatres heures ou environ et prime subsecutivement, la messe première à sept hgures pour les bienfaicteurs de ladicte maison, la grande messe à neuf heures, nonne a midy, vespres à deux heures et demye.

Il y a en oultre six enfants de chœur, etc...

© BIU Santé

Il y a aussy quatres prestres seculiers nommez *chappelains*, ordonnez pour assister les pauvres, oultre lesdictz relligieux qui se recoivent au Bureau et presentez par le maistre ou soubz maistre, après qu'ilz ont certifié lesdits gouverneurs de la preudhommie desditz chappelains, qui sont aux gaiges ordinaires de cent livres, lesquelz chappelains administrent les sacremens de profession, la sainte Eucharistie et d'extresme-onction,doibvent en oultre assister aux repas des malades, tant au commencement qu'à la fin, pour dire le *benedicitte* et grâces, doibvent aussy conduire les corps mortz en l'Hostel Dieu, la nuict à la Trinité, chacun par sepmaine ou par mois, desquelz il en demeure tousjours deux au contouer, qui sont en sepmaine l'un pour escrire le nom et la demeure des mallades sur ung registre qu'ilz ont pour ce faire, et ce fond ungd petit roulleau de pappier dedans lequel est le nom et surnom des dictz mallades, et luy attachent au bras avec un morceau de ficelle et après le renvoient au confessionnaire, pour se mettre devant l'aultre chappelain qui les entend à confession s'ilz sont catholiques, et s'il n'est catholicque il sonne une clochette pour appeler la fille ou relligieuse qui est de sepmaine, pour conduire le mallade aux lictz et endroictz destinez selon la quallité de sa maladye. Et ont lesdicts chappellains prestres leur demeure à part et sepparée de celle des relligieux, d'aultant que lesdictz relligieux ont leur dortouer séparé, comme les relligieuses, en forme de bonne relligion bien reiglée, tous lesquelz relligieux avec le maistre disnent et souppent en couvent en une table, et les chappelains au bout de ladicte table, avec les enfans de robbe noire et les enfans de cœur en une autre table, qui est au mitan du refectouer, pendant lesquelz disné et soupper il y a un enfant a la robbe noire qui faict la lecture comme il se faict aux autres relligions.

Il y a aussy quarente relligieuses profesces, en nombre déterminé, et plus, suivant la nécessité, et quant quelqu'une d'icelle vient à mourir, la plus antienne fille blanche succède au voille et à la profession.

Il y a aussy quarente filles blanches et davantages, sy la necessité des mallades le requierent, et sont presentées au Bureau, à Messieurs, par leurs parens, avec leur acte de baptistaire en main, lesquelz sieurs Gouverneurs mandent Monsieur le Maistre, la Prieure ou soubz Prieure pour scavoir d'eux la cappacité de la fille que l'on présente, lesquelz ouys, et lecture faicte dudict baptistaire, ordonnent que le greffier enregistrera sur son registre le nom et surnom de ladicte fille et de ses père et mère, et que ladicte fille sera receue pour estre relligieuse audict Hostel Dieu et en mettra aultant de l'ordonnance au bas dudict baptistaire, pour delliver audit sieur le maistre ou la Prieure, pour l'installer audict Hostel Dieu, avec et au nombre des aultres, lesquelles filles blanches ne peuvent estre receues profesces que par la mort de l'une des quarente relligieuses, et il n'y a point de différence entre les dictes relligieuses et filles blanches, comme aux autres maisons de relligion, où il y a sœur laïcque, car toutes les filles peuvent estre relligieuses, s'ilz persévèrent, et sy l'on les trouvent capables. parce que jusques à ce qu'elles ayent faict profession l'on les peult mettre hors la maison, sy elles ne font leur debvoir. (*A suivre*).

A propos des nouveaux projets de loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

On nous adresse l'extrait suivant du procès-verbal de la séance du 23 août 1886 du *Syndicat médical de Challans* (*Vendée*). — Nous le publions à titre de renseignements conformément à nos promesses.

Le Dr D..., partisan du libre exercice de la médecine, croit que si l'on juge bon de réglementer l'exercice de la profession médicale, il est inutile d'accorder aux officiers de santé le titre de docteur dont ils ne retireraient aucun avantage scientifique, et de les obliger à présenter une thèse coûteuse. Le médecin-dentiste ne lui paraît pas davantage une innovation nécessaire ; les dentistes ayant le titre de docteur étant aujourd'hui nombreux.

Il voudrait surtout attirer l'attention des membres du Syndicat sur la proposition de loi réglementant l'exercice de la pharmacie ; question vitale pour les médecins de campagne auxquels pharmaciens et sorciers font une concurrence redoutable. Il ne croit pas à la nécessité de conserver un monopole ruineux pour la partie la plus intéressante du public, les malades. Qu'allègue-t-on pour le maintenir? Il a pu rencontrer seulement des raisons d'ordre sentimental. Il énumère les principales : 1° *Le pharmacien existe, obligation de le conserver*. Elle est la meilleure ; c'est celle dont la commission de la Chambre semble s'être inspiré uniquement ; l'inamovibilité du fonctionnaire ; cependant en supprimant le monopole, nous ne supprimons pas la fonction ; 2° *Nécessité de limiter la vente des poisons*. Cela oblige-t-il à enlever le droit de les vendre et de les manipuler au médecin qui seul dans les campagne possède les notions suffisantes au sujet de leur action sur l'économie ? La loi permet à lui seul de fixer la dose,d'indiquer le mode de préparation et d'emploi d'un médicament qu'elle lui défend de fournir et d'administrer ; si bien que la guérison d'une maladie et l'avenir professionnel du médecin restent à la merci d'une tierce personne, libre d'exécuter bien ou mal une ordonnance, ou d'en confier l'exécution à un garçon de laboratoire inexpérimenté ; 3° *Le médecin peut abuser de celui qui réclame ses soins, lui donner des remèdes en trop grande quantité, les faire payer un prix trop élevé*. Il n'y a aucune limite à la malhonnêteté d'un médecin, et ajoutons..... d'un pharmacien. Les exemples d'association de l'un et l'autre sont rares, mais elles existent ; 4° *La prescription du médecin doit être contrôlée, en cas d'erreur*..... S'il n'habite pas à six kilomètres d'un pharmacien ; à cette distance le besoin de contrôle cesse et l'on évite un long voyage. En sorte que le moins *savant* d'entre nous pourra, s'il se trouve dans les conditions légales, être assuré partout et toujours de la pureté de l'agent thérapeutique employé. Nos maitres de Paris ne jouiront pas de ce droit. En multipliant le nombre des intermédiaires, les probabilités d'erreur augmentent.

La loi qui nous régit actuellement défend de délivrer un médicament sans la signature de l'un de nous. Aucun pharmacien ne pourrait payer son loyer s'il lui obéissait à la lettre. Les bénéfices exagérés, toujours croissants, sans limite possible, pris sur les drogues, mettent les personnes pauvres dans l'impossibilité absolue de suivre un traitement de longue durée, nous en avons dans notre pays de fréquents exemples. Nous connaissons tous l'écart énorme entre le prix en droguerie d'un remède, et celui payé par nos clients ; il est tel qu'un chiffre d'affaires de six mille francs réalise un bénéfice de huit mille francs. Dans toutes les discussions lues par notre confrère au sujet du projet de loi dont il parle, personne ne semble s'être préccupé de la bourse des malades. Ces derniers ne peuvent avoir qu'une sauvegarde, la conscience du médecin trouvant dans l'exercice de sa profession une rémunération suffisante, lui permettant de vendre au prix de revient la préparation utile. Le pharmacien est un impôt sur le malade.

Les sociétés syndicales d'ouvriers, comprenant un petit nombre de membres ; les sociétés de secours mutuels, de bienfaisance, etc., ne peuvent pas vivre, si elles n'ont des ressources considérables.

En ce qui nous concerne spécialement, le Dr D...., ne croit pas que nous puissions accepter sans protestation de rester demain comme aujourd'hui les commis-voyageurs de messieurs les pharmaciens. Il ne demande pas leur suppression, il voudrait obtenir seulement la suppression de l'obligation de passer par leurs mains. Il réclame du syndicat *de se prononcer contre le monopole de la pharmacie, et pour le libre exercice de la pharmacie par le médecin traitant*. Après une courte discussion, cette proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité!

Le secrétaire du syndicat : Dr Dodin (*de Challans*).

Les sociétés médicales d'arrondissement.

(*Aertzliche Bezirksvereine*) (1).

Il y a dix ou quinze ans, nous n'avions pas d'associations médicales : il n'y avait que des réunions scientifiques et des coteries qui de temps à autre se gobergeaient en compagnie... ou se séparait du reste des médecins, et où on s'ingéniait à paraître supérieur à la foule des confrères. Très peu de ces sociétés éprouvaient le besoin de s'intéresser aux besoins généraux de la corporation.

Les sociétés médicales d'arrondissement, nées dans ces derniers temps, s'occupent uniquement des intérêts médicaux. Elles ont inscrit sur leur drapeau la réhabilitation de la *corporation* médicale et sont entrées dans la voie du progrès. Elles méritent nos louanges, mais il ne faut malheureusement pas se dissimuler que l'esprit de coterie les enserre encore..... Elles devraient recevoir *tous* les médecins de l'arrondissement, si elles voulaient être des corporations véritables. Mais jusqu'à ce jour, on n'a reçu que les collègues « convenables », c'est donc là encore une coterie, qui ne pourra donc arriver à faire progresser la corporation en elle-même. Il n'est pas nécessaire que les collègues « convenables » soient surveillés par un conseil de l'ordre, c'est justement les indignes, les peu convenables qui ont besoin de frein et devraient fréquenter les autres ; or, on les met de côté. Pour se venger des sociétés d'arrondissement, ces derniers exagèrent encore et foulent aux pieds l'honneur médical. Donc, il faut que tous les médecins fassent partie de l'association, ce qui serait facile à obtenir si les médecins « convenables » faisaient les avances. Le conseil de l'ordre, en distribuant alors le blâme ou l'expulsion, aurait une influence capitale sur les médecins accusés d'avoir forfait à l'honneur de la corporation..... Mais les membres « convenables » ne veulent pas être des « pédagogues » et veulent « rester entre eux » ; ils avouent ainsi vouloir n'être qu'une coterie..... Celui qui ne respecte pas son métier en tant que corporation ne peut pas demander que d'autres le respectent. Nous espérons que

(1) Extrait des *Fortschritte der Medicin*, 15 septembre 1886.

© BIU Santé

ce point de vue deviendra bientôt celui de tous, au lieu d'être une opinion personnelle, ce qu'il est aujourd'hui. C. K.

Faculté de médecine de Paris. — Ecole pratique. (Année scolaire 1886-87.)

Exercices de dissection, sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du Chef de matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 18 octobre. Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 3 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. *A*. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. *B*. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hivers complets. *C*. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du Doyen. La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique). 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du Chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 3 octobre 1886 au samedi 9 oct. 1886, les naissances ont été au nombre de 1174 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 423 ; illégitimes, 167. Total, 590. — *Sexe féminin* : légitimes, 434 ; illégitimes, 150. Total, 584.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 oct. 1886 au samedi 9 oct. 1886, les décès ont été au nombre de 898, savoir : 468 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 16, T. 28 Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 10, F. 12, T. 22. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 7, F. 4, T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 7, F. 12, T. 19. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 3, F. 0, T. 3. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 19, F. 13, T. 32. — Phthisie pulmonaire : M. 104, F. 79, T. 183. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 6, T. 14. — Autres affections générales : M. 31, F. 38, T. 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 23, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 18, T. 25. — Pneumonie : M. 16, F. 13, T. 29. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 8, T. 18. — Athrepsie : M. 53, F. 44, T. 97. — Autres maladies des divers appareils : M. 126, F. 126, T. 252. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00 — Morts violentes : M. 18, F. 8, T. 26. — Causes non classées : M. 8, F. 6, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 72 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 13. Total : 36 — *Sexe féminin* : légitimes, 15 ; illégitimes, 21. Total : 36.

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris. — La composition écrite a eu lieu lundi dernier 11 octobre, dans les mêmes conditions que les précédentes années. Le sujet en a été : *Grand Epiploon ; symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse*. Les copies remises seront lues les lundi, jeudi et samedi à l'Assistance publique à 4 heures, comme d'ordinaire ; la première séance de lecture aura lieu le samedi 16 octobre. Le jury définitif est ainsi composé : M. Gallard, président ; MM. Duguet, Polaillon, Marchant, Berger, Gombault et Delens, juges. Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Canal thoracique, adénopathie trachéo-bronchique ; — Sinus de la dure-mère, fractures du rocher*.

Concours de l'externat des hôpitaux de Paris. — Ce concours a commencé le jeudi 11 octobre à 4 heures à l'Assistance publique. Le sujet de la première question d'anatomie (session des engagés conditionnels) était : *Articulation scapulo-humérale*.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Houssay, docteur ès sciences, préparateur-adjoint à la Faculté des sciences de Paris, est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon. — M. Rigollot, licencié ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chef des travaux de physique à la Faculté des sciences de Lyon.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Meurer (François-Lucien) est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. François, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Lignon, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, préparateur de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Chambellan, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Libold (Gabriel-Rémy), est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, préparateur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Falque-Pierrotin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Roux (Gabriel), docteur en médecine, est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, préparateur du laboratoire de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lavocat, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Saint-Cyr (François-Joseph) est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, préparateur de médecine légale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Bernard, dont le temps d'exercice est expiré. — Sont maintenus, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pendant l'année scolaire 1886-1887, préparateurs des laboratoires ci-après désignés : MM. Despeignes, préparateur, *histoire naturelle* ; Gaillard, préparateur, *médecine expérimentale et comparée* ; Honnorat, préparateur, *anatomie générale et histologie* ; Trévoux, aide-préparateur, *anatomie pathologique* ; Serullaz, préparateur, *physique* ; Doyon, préparateur, *physiologie* ; Pollosson (Auguste), préparateur, *médecine opératoire* ; Jacquemet, préparateur, *matière médicale et botanique* ; Barrai, préparateur, *chimie organique*. — Sont maintenus, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions d'aide des cliniques ci-après désignées : MM. Lacour, *clinique médicale* ; Jubin, *clinique des maladies des femmes* ; Brizard, *clinique des maladies des enfants*. — Sont maintenus, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chefs des travaux des laboratoires ci-après désignés : MM. Magnin, *histoire naturelle* ; Rodet, *médecine expérimentale* ; Chandelux, *anatomie générale et histologie* ; Bard, *anatomie pathologique* ; Didelot, *physique* ; Linossier, *chimie générale* ; Reboul, *physiologie* ; Levrat, *médecine opératoire* ; Beauvisage, *matière médicale et botanique* ; Coutagne, *médecine légale* ; Florence, *pharmacie* ; Aubert, *clinique médicale* (travaux chimiques) ; Blanc, *clinique médicale* (travaux biologiques).

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours s'ouvrira le 1er avril 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole municipale d'infirmières du le Pitié. — Directeur de l'Enseignement : Dr Bourneville. L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié a ouvert ses cours professionnels le lundi 11 octobre, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Aministration, M. Girard ; Eléments d'anatomie, M. le Dr Petit ; Eléments de physiologie, M. le Dr P. Regnard ; Pansements, M. le Dr P. Poirier ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr Maygrier ; Hygiène, M. le Dr Gilles de la Tourette ; Petite pharmacie, M. Yvon. Les Dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'Hôpital de la Pitié, rue Lacépède, n° 1, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à midi.

Bureaux de bienfaisance. — M. le Dr P. Birabeau a été élu médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement.

Hospices civils de Bordeaux. — *Concours pour deux places de médecin adjoint*. — Deux places de médecin adjoint des hôpitaux et des hospices sont mises au concours. Les épreuves commenceront le mardi 14 décembre 1886. Elles se composent : 1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne ; 2° D'une dissertation écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique médicales ; 3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de médecine ; 4° D'une consultation écrite.

© BIU Santé

HÔPITAUX DE LYON. — Un concours public pour la nomination à une place de médecin des hôpitaux civils de Lyon s'ouvrira le lundi 7 avril 1887, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de cette ville. Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale des hôpitaux de Lyon, passage de l'Hôtel-Dieu, 44. — Le registre d'inscription sera clos le vendredi 28 mars 1887, à quatre heures du soir.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie.* (Année 1886-1887). MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les Travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre, à l'Amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures. 1° *Anatomie topographique.* — M. le Dr TILLAUX, Directeur des Travaux anatomiques; 2° *Anatomie descriptive.* — M. le Dr RICARD, 1er prosecteur; 3° *Physiologie.* — M. le Dr Walther, 2e prosecteur; 4° *Histologie.* — M. le Dr Armand SIREDEY, chef du Laboratoire. Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

HOSPICES DE GRENOBLE. — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hospices de Grenoble sera ouvert le 13 décembre 1886, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

HOSPICES D'ORLÉANS. — *Concours pour deux places d'internes à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.* — Ce concours aura lieu le vendredi 29 octobre 1886, à une heure. Sont seuls admis à concourir les étudiants en médecine, qui justifient d'un service d'un an au moins comme externes dans un Hôpital. Ils doivent produire leurs états d'inscriptions et d'examens et des certificats de leurs chefs de service, rendant bon témoignage de leurs dispositions et de leur conduite. Le concours consiste en des épreuves orales sur l'anatomie et la chirurgie et des épreuves écrites sur la physiologie et la médecine. La durée de l'internat est de deux années. Les internes sont logés, nourris, chauffés et éclairés; ils reçoivent un traitement de 300 fr. la 1re année et de 400 la 2e. Les candidats doivent se faire inscrire et déposer leurs pièces au Secrétariat des Hospices, au plus tard, la ville du concours.

INSTITUT PASTEUR. — Le comité d'hygiène publique de France consulté par M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie a émis lundi dernier un avis favorable concernant la reconnaissance comme établissement d'utilité publique de la Société ayant pour objet la création de l'Institut Pasteur. Le rapport lu au comité par M. le Dr A. J. Martin constate que cette Société remplit toutes les formalités exigées par la loi; elle se compose de trente membres, ayant chacun soixante et une actions de 100 francs, non susceptibles de porter intérêt. Elle est administrée par MM. Jurien de la Gravière, Wallon, Jules Simon, Bertrand, Pasteur, Vicomte Delaborde, Rothschild, membres de l'Institut, Grancher, Magniez, Christophe; MM. Béclard et Brouardel ont été nommés commissaires. La Société, qui a son siège actuel, 45, rue d'Ulm, et doit avoir une durée de 99 ans, a pour but de créer, sous le nom d'*Institut Pasteur*, un établissement pour l'étude de la rage et des maladies virulentes et transmissibles à l'aide des souscriptions de diverses sortes. Les sommes recueillies jusqu'à présent s'élèvent à 1.500,000 francs. (*Journal de Médecine de Bordeaux*).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 21 septembre: 1° Que les sursis auxquels les engagés conditionnels étudiants en médecine ou en pharmacie ont droit, aux termes de l'article 57 de la loi du 27 juillet 1872, seront renouvelés tant que l'étudiant n'aura pas 24 ans accomplis; 2° Qu'à l'expiration de ces sursis, les étudiants, alors âgés de près de 24 ans, qui, étant reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, ou qui, possédant douze inscriptions pour le doctorat, auront subi avec succès l'examen d'aptitude prévu par l'article 2 du décret du 5 juin 1883, ou celui prévu par l'article 2 du décret du 10 janvier 1884, seront admis à réaliser leur année d'engagement conditionnel dans un hôpital militaire ou dans un corps de troupe, suivant les conditions déterminées par le règlement du 25 mai 1886. Toutefois, les dispositions des articles 17, 18 et 19 dudit règlement ne leur seront pas applicables. Ils n'auront dans la hiérarchie militaire la position de caporal qu'après six mois de présence effective, et jusque-là ils ne toucheront que la solde de simple soldat. Ceux de ces jeunes gens qui seront dirigés sur un hôpital seront immatriculés, pour ordre, dans le régiment en garnison dans la ville; 3° Que, pour bénéficier de ces dispositions, ils devront en faire la demande dans le dernier trimestre de l'année scolaire, et avant le 1er octobre au plus tard, terme de rigueur, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel ils ont signé leur engagement. Par exception, cette année, la date sera reculée au 1er novembre. Ces engagés conditionnels seront appelés individuellement, pour une année, aux époques que fixera le ministre.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Concours de* 1886. — Liste, par ordre de mérite, des candidats nommés élèves du service de santé militaire, à la suite du concours d'admission, avec l'indication des hôpitaux auxquels ils sont affectés :

Candidats à quatre inscriptions. — 1. Cultin (Nancy). — 2. Cuvillier (Lille). — 3. Jacquet; 4. Braün; 5. Steinmetz (Nancy). — 6. Laporte (Le Dey, à Alger). — 7. Simonot (Saint-Martin). — 8. Georges (Nancy). — 9. Démery (Montpellier). — 10. Morigny (Saint-Martin). — 11. Haury (Gros-Caillou). — 12. Bourrus (Bordeaux). — 13. Malafosse (La Charité, à Lyon). — 14. Rascol (Saint-Martin). — 15. Thiébault (Nancy). — 16. Mangour (Bordeaux). — 17. Surel (Lille). — 18. Duron; 19. Lehmann (Nancy). — 20. Daga (Saint-Martin). — 21. Payerne (La Charité, à Lyon). — 22. Tardos (Bordeaux). — 23. Hénault (Gros-Caillou). — 24. Mathis (Rheims). — 25. Lucy; 26. Cauvet (La Charité, à Lyon). — 27. Rougier (Bordeaux). — 28. Barisian (Gros-Caillou). — 29. Le Renard (Rennes). — 30. Sibut (Nancy). — 31. Monceaux (Lille). — 32. Maire (Nancy). — *Candidats à huit inscriptions.* — 1. Benoit, dit Becker (La Charité, à Lyon). — 2. Destrez (Gros-Caillou). — 3. Legrain (Nancy). — 4. Terrail (Saint-Martin). — 5. Patris (Gros-Caillou). — 6. Viguier; 7. Caillier (Bordeaux). — 8. Lovy (Saint-Martin). — 9. Bourguedieu; 10. Labougle (Bordeaux). — 11. Vigerie (Lille). — 12. Blanc (Toulouse). — *Candidats à douze inscriptions.* — 1. Küster (Le Dey, à Alger). — 2. Gilliard (Gros-Caillou). — 3. Thérault (Saint-Martin). — 4. Petit (Gros-Caillou). — 5. Louis (La Charité, à Lyon). — 6. Hamaide (Saint-Martin). — *Candidats à seize inscriptions.* — 1. Gresset (Saint-Martin). — 2. Castelli; 3. Marion (La Charité, à Lyon). — 4. Lenez (Nancy). — 5. Méchin (Gros-Caillou). — Ces élèves devront se présenter le 10 novembre prochain à MM. les médecins-chefs de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte auxquels ils ont été affectés.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr TERVER vient d'être élu membre du conseil général du Rhône, pour le cinquième canton de Lyon. M. le Dr FLEYRAC est élu membre du conseil général de la Corrèze pour le canton de Treynac.

SERVICE DE PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE. — Par arrêté ministériel, en date du 2 octobre 1886, la franchise est accordée aux maires pour correspondre, dans l'intérêt du service de protection des enfants du premier âge, avec les médecins inspecteurs de ce service; cette franchise est également accordée aux médecins inspecteurs pour correspondre avec les préfets, les sous-préfets et les maires de leur circonscription médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par arrêté ministériel, en date du 6 octobre 1886, un concours s'ouvrira le 1er avril 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par arrêté ministériel, en date du 9 octobre 1886, une chaire de zoologie, anatomie et physiologie comparée est déclarée vacante à la Faculté des sciences de Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La Société française d'*Otologie et de laryngologie* tiendra sa session ordinaire le mercredi 27 et le jeudi 28 octobre courant, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois). — Ordre du jour: 1° Correspondance; 2° Traitement de l'obstruction des Trompes d'Eustache, par M. le Dr MOURE, de Bordeaux; 3° Rôle physiologique du muscle aryténoïdien, par M. le Dr MOURA, de Paris; 4° a Epistaxis Tamponnement postérieur des fosses nasales. Otites suppurées des deux côtés consécutives; *b* Epistaxis Otite s bilatérales hémorrhagiques. Suppuration de l'oreille droite; pneumonie; (deux observations), par M. le Dr GELLÉ; 5° Anomalie d'insertion thyréoïdienne de la corde vocale droite, par M. le Dr MOURA; 6° Développement anormal du pavillon de l'oreille, chez un adulte, par M. le Dr MÉNIÈRE; 7° Création d'un Institut français d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro d'un journal hebdomadaire, récemment fondé: *La Science libre*, publié sous la direction du Dr J. Pelletan.

CHOLÉRA. — On prétend que le Choléra sévit en Hongrie avec une grande intensité. On organise en France un service de surveillance sanitaire à la frontière allemande pour les trains venant de Vienne, de même que dans les Alpes-Maritimes.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr HORAND (de Lyon).

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière : M. CHARCOT a repris ses conférences cliniques à la consultation du mardi.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 43. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 OCTOBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Sur un cas de contracture spasmodique d'un membre supérieur survenue chez l'homme en conséquence de l'application d'un appareil à fracture (1) (*fin*);

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

Messieurs,

Dans ces derniers temps, M. le professeur Volkmann d'abord, puis après lui M. Leser (2) ont décrit un genre particulier de contracture qui s'observe dans les cas de fracture, surtout aux membres supérieurs à la suite et en conséquence de l'application d'un bandage trop serré. Cette contracture serait une conséquence de l'ischémie produite dans le membre, par le fait de la compression excessive exercée par le bandage et elle devrait être assimilée, suivant les auteurs cités à la rigidité qui se montre sur les parties ischémiées, dans l'expérience de Stenon ou encore chez l'homme à la suite de la ligature de l'artère principale d'un membre. Vous savez, d'après les détails que je vous ai présentés dans la leçon que j'ai consacrée cette année, à l'étude de la claudication intermittente produite chez l'homme par oblitération artérielle (3), que la contracture ou mieux la rigidité des membres qui se manifeste dans ces conditions-là, peut être considérée comme représentant, si l'on peut ainsi parler, une esquisse de rigidité cadavérique survenant chez le sujet vivant et qui, si l'expérience se prolongeait, ne tarderait pas à se compléter pour être suivie, en dernier lieu, de la mortification du membre. Or, c'est bien là, si je ne me trompe, le mécanisme invoqué par M. Volkmann et par M. Leser pour expliquer le développement de la rigidité dans les cas qu'ils ont observés. Suivant eux, le phénomène de la rigidité cadavérique avec coagulation de la myosine (4) se produirait ici, dans ceux des faisceaux musculaires qui se sont trouvés soumis au plus haut degré de l'ischémie ; tandis que dans les faisceaux musculaires moins profondément intéressés surviendrait un travail de réaction, consistant en une sorte de myosite éliminatrice, entraînant d'abord la résorption de la myosine coagulée, puis la sclérose musculaire et au dernier terme le raccourcissement définitif du muscle. M. Leser, dans les expériences qu'il a faites sur les animaux, croit d'ailleurs avoir obtenu des résultats propres à confirmer de tous points la théorie proposée par M. Volkmann. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans l'examen critique de ces travaux. Je me bornerai seulement à relever que, parmi les caractères cliniques qui distinguent l'affection signalée par M. Volkmann, il faut placer, d'après lui, au premier rang, l'existence de modifications profondes survenues dans les réactions électriques des muscles rétractés, et il n'est pas douteux qu'un autre caractère serait, en pareil cas, l'impossibilité d'obtenir la résolution de la rigidité du membre par l'intervention de la chloroformisation même poussée au plus haut degré.

Or, nous savons que chez Dum... les résultats de l'électrisation comme ceux de la chloroformisation sont tout autres, absolument opposés, et il est rendu bien clair, d'après cela, qu'entre les faits de contracture décrits par M. Volkmann et celui que nous avons sous les yeux, il n'y a aucune espèce de rapprochement à établir.

C'en est assez, je pense, pour permettre d'affirmer que la déformation du membre est bien chez notre sujet, le résultat d'une contracture spasmodique ; il nous faut maintenant montrer encore que, ainsi que nous l'avons fait pressentir dès le début de cette leçon, la contracture en question est de nature hystérique.

On peut dire qu'il existe chez les hystériques tout un groupe de contractures spasmodiques — et le malade dont nous nous occupons offre un exemple de ce genre — qui, du moins au point de vue du mécanisme physiologique, ne diffèrent pas foncièrement de celles qui se développent à la suite de certaines lésions organiques des centres nerveux : lésions, vous le savez, diverses quant à leur nature et quant à leur siège, mais présentant pour trait commun cependant, d'entraîner avec elles la production de la dégénération secondaire du faisceau pyramidal. Dans les deux cas, en effet, la rigidité spasmodique porte à la fois sur les groupes musculaires antagonistes, extenseurs et fléchisseurs, par exemple ; elle s'accompagne d'une exagération des réflexes tendineux, de la trépidation épileptoïde provoquée, surtout quand il s'agit du membre inférieur ; enfin sous l'influence de l'action du chloroforme portée suffisamment loin, la résolution de la contracture devient complète. Tels sont les liens de ressemblance étroite qui rattachent l'un à l'autre les deux ordres de faits. Malgré cela, néanmoins, même indépendamment des particularités cherchées en dehors de l'état du membre, les contractures hystériques pourront être distinguées souvent des contractures reconnaissant pour point de départ une lésion matérielle appréciable cérébrale ou spinale, à l'aide de certains caractères cliniques. C'est ainsi, par exemple, que, dans les premiers, la rigidité du membre est habituellement poussée au plus haut degré possible et, quelquefois, en outre, persiste telle quelle pendant le sommeil même le plus profond ; tandis que, dans les secondes, la contracture, en général moins accentuée, se montre, dans la règle, manifestement atténuée tant que le malade dort, et cette atténuation persiste pendant quelques heures après le réveil. C'est ainsi, encore, que l'anesthésie, en général très peu prononcée ou tout à fait nulle sur le membre contracturé quand il s'agit

(1) Voir le n° 42.

(2) R. Volkmann. — *Die ischaemischen Muskellaehmungen und contracturen*. Cbl. f. Chir, 1881, n° 51. — Cbl. f. die med. Wiss, 1882, p. 445. — E. Leser. *Untersuch. ueber ischaemische Muskelcontracturen und Muskellaehmungen*. Hallesche Habilitationsschrift. Leipzig, 1884. — *Centr. f. klin. med.* 1885, n° 17, p. 282 et *Samm. klin. Vortraege*, n° 77.

(3) Charcot. — *Della claudicazione intermittente*, etc. — Lez raccolte dal Dr G. Melotti di Bologna (*Gaz. degli ospitali*, n° 73, p. 581, 1884.

(4) On sait que les dernières recherches de Brown Séquard ont singulièrement ébranlé la théorie de la « *coagulation de la myosine* » comme cause de la rigidité cadavérique.

© BIU Santé

d'une lésion organique, peut au contraire être observée au plus haut degré, occupant non seulement la peau, mais aussi les parties profondes et s'accompagnant de la perte plus ou moins complète du sens musculaire, lorsqu'il s'agit de l'hystérie. Or, ces caractères distinctifs de la contracture hystérique nous les rencontrons très nettement accusés, ainsi que vous pouvez le reconnaître chez Dum... Et cela déjà nous porte tout naturellement à penser que chez lui c'est bien dans l'hystérie qu'il faut chercher le point de départ de la déformation du membre.

Nous ne saurions, d'ailleurs, nous laisser arrêter dans notre évolution vers cette conclusion, par l'existence que je vous fais reconnaître sur ce membre, d'un certain degré d'atrophie musculaire et de refroidissement des téguments ; car ici l'on peut invoquer l'influence de l'immobilité prolongée et, de plus, rappeler de récentes études dont les résultats ont été exposés par mon chef de clinique M. le Dr Babinski, d'abord dans le *Progrès médical* (1) puis dans un mémoire qui fait partie des *Archives de Neurologie* (2). Ces études m'ont en effet conduit à reconnaître — contrairement à l'opinion vulgaire à laquelle je m'étais jusque-là rattaché sans réserve — que les paralysies motrices hystériques paraissent être régulièrement marquées par l'existence d'un certain degré d'atrophie musculaire ; que celle-ci même, à la vérité toujours sans accompagnement de réaction dégénérative, peut être parfois poussée fort loin et se développer avec une rapidité remarquable.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic auquel nous nous arrêtons va se trouver pleinement légitimé, surtout en l'absence de tout symptôme pouvant se rapporter à une lésion organique en foyer des centres nerveux, par les résultats que nous donne la recherche des stigmates hystériques. Il existe du côté gauche, c'est-à-dire du côté où se voit la contracture, une hémianalgésie totale et de plus du même côté, une obnubilation assez marquée de l'ouïe, de l'odorat et du goût, en même temps qu'un rétrécissement très manifeste du champ visuel. Enfin, les attaques sont elles-mêmes représentées ainsi qu'il suit : De temps à autre il se produit dans le membre contracturé une sensation d'aura qui remonte vers le pharynx et y produit un sentiment d'étouffement. Plusieurs fois cette attaque esquissée a été suivie d'une aphonie qui a persisté pendant quelques jours.

Je crois en avoir dit suffisamment pour montrer non seulement que notre malade est sous le coup de la diathèse hystérique, mais encore que la contracture qu'il présente au membre supérieur gauche n'est pas autre chose qu'une des nombreuses manifestations de l'hystérie.

Pendant le cours de l'exposé qui précède, vous n'aurez sans doute pas manqué, pour la plupart, d'avoir présente à l'esprit la question que voici : Pourquoi, chez notre homme, la monoplégie avec flaccidité produite par le traumatisme et comparable à tous égards, quant aux caractères cliniques et au mécanisme, aux monoplégies hystéro-traumatiques que nous avons étudiées dans nos précédentes leçons (3); pourquoi, dis-je, cette paralysie molle du début s'est-elle transformée par la suite en une monoplégie avec contracture? Dans mon opinion, Messieurs, c'est le fait même de l'application du bandage à fracture qui a causé ce changement; c'est, en d'autres termes, la pression exercée pendant un certain temps par ce bandage qui a provoqué l'apparition de la rigidité spasmodique des muscles; pression modérée cependant, et il s'agit ici d'un spasme musculaire et nullement, je vous l'ai démontré, de cette altération fibreuse décrite par M. Volkmann comme survenant à la suite de l'application d'un bandage trop serré.

Je crois être en mesure de vous fournir immédiatement la démonstration de la proposition que je viens de formuler. Voici un second malade que vous connaissez déjà : c'est le nommé Mouil..., paysan robuste, âgé de 25 ans, employé à titre de manœuvre dans une gare de chemin de fer. Je vous l'ai présenté autrefois comme offrant un nouvel exemple, fort classique du reste, de monoplégie hystéro-traumatique. Chez lui la paralysie est survenue à la suite d'un léger « tamponnement » ayant porté sur l'épaule droite. Vous voyez que la monoplégie ainsi produite et qui date aujourd'hui de plus de six mois, est marquée encore, non seulement par une anesthésie cutanée et profonde absolue, mais aussi, et c'est là le point que je veux relever surtout pour le moment, par une impuissance motrice totale avec flaccidité complète. Eh bien, Messieurs, je crois que si chez Mouil... une fracture des os du membre paralysé se fût produite dans l'accident du tamponnement, et que l'application d'un bandage fut par là devenue nécessaire, nous aurions aujourd'hui sous les yeux, non pas une monoplégie avec flaccidité, mais bien une monoplégie avec contracture comparable à celle que nous observons chez Dum... Cette proposition peut être, vous allez le voir, justifiée en quelque sorte expérimentalement. Ainsi j'applique devant vous, sur l'avant-bras paralysé et flasque de Mouil..., quelques tours de la bande d'Esmarch et presque aussitôt vous voyez la contracture spasmodique se produire au poignet et aux doigts de la main. A la vérité, cette contracture se dissipe peu de temps après que la bande a été enlevée. Mais, fort de la connaissance des faits sur lesquels j'appellerai votre attention dans un instant, il me paraît légitime d'admettre que la contracture en question pourrait devenir durable, comme elle l'est chez Dum... si l'application de la bande était plusieurs fois répétée, ou maintenue pendant longtemps.

Pour en revenir maintenant à Dum..., nous admettons donc que chez lui il a existé dans le membre paralysé une tendance à la contracture analogue à celle qui vient de se révéler chez Mouil... par l'application de la ligature, et que cette tendance s'est réalisée sous l'influence de la pression exercée par le bandage à fracture. En faveur de cette conclusion, nous pourrons invoquer encore que chez ce même Dum... la tendance à la contracture existe à l'heure qu'il est de la façon la plus manifeste, dans le membre inférieur gauche, c'est-à-dire du côté où se voit la contracture du membre supérieur. Vous constatez, en effet, que l'application de quelques tours de la bande d'Esmarch sur ce membre inférieur au-dessus du genou produit la rigidité de la jambe, et que la même application faite à quelques centimètres au-dessus du pied détermine la formation d'un véritable pied-bot équin. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner, après tout ce qui précède, que l'application prolongée du bandage à fracture ait pu chez notre malade Dum... déterminer la contracture musculaire durable que nous avons sous les yeux.

(1) Babinski. — *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques* (*Progrès médical*, 1886.—*Arch. de Neurol.* T. XII, n° 34 et 35.)

(2) Voir en particulier la LEÇON XXe, p. 313.

(3) Voir surtout les LEÇONS XX, XXI et XXII.

© BIU Santé

Ce développement d'une contracture spasmodique sous l'influence d'une compression circulaire exercée sur un membre, dont nous venons de vous présenter deux exemples, est assurément un fait fort curieux et qui mérite, tant par sa nouveauté que par l'importance qu'il peut acquérir au point de vue pratique, de fixer un moment l'attention. Déjà depuis longtemps nous avons insisté, dans diverses circonstances, sur l'existence fréquente chez les sujets hystériques de contractures survenant sous l'influence de causes traumatiques banales, ou encore se produisant artificiellement, même à l'état de veille, au gré de l'observateur, à l'aide de certaines manœuvres (1).

Pour ce qui concerne ce dernier cas, c'est-à-dire les contractures artificiellement provoquées à l'état de veille, les nouvelles recherches que nous avons entreprises à cet égard, à propos du cas clinique que nous venons d'étudier, nous ont convaincu que c'est là un sujet qui n'a pas encore été suffisamment mis en relief et qui réclame de nouvelles recherches. Dès à présent, nous croyons pouvoir affirmer, après l'avoir recherchée sur un grand nombre de sujets, que la production artificielle de ces contractures est chose fréquente chez les hystériques des deux sexes, inconnue au contraire chez les sujets sains, et qu'on peut trouver là par conséquent un signe, un stigmate qui, au même titre que le rétrécissement du champ visuel, l'hémianesthésie sensitive et sensorielle, etc., révélera dans certains cas difficiles l'existence de la diathèse hystérique. Les procédés que l'on peut employer pour déterminer ces contractures sont très divers; nous nous bornerons à signaler ceux qui suivent : percussion répétée des tendons, tractions exercées sur les doigts, application d'un diapason en vibration soit sur les tendons, soit sur le corps des membres, faradisation, etc. Mais de tous les moyens de ce genre, le plus efficace, le plus sûr, c'est incontestablement l'application circulaire de deux ou trois tours de la bande d'Esmarch ou d'un lien quelconque.

Avec le concours de mon interne, M. Berbès, l'application de la bande a été faite, dans le cours du dernier mois, sur un total de 70 sujets hystériques (43 femmes et 27 hommes), les uns actuellement en traitement dans le service de la clinique, les autres fréquentant la consultation externe. Voici l'indication sommaire de quelques-uns des résultats les plus importants que nous avons obtenus dans cette série d'études (2) :

L'existence d'une paralysie motrice sur le membre mis à l'épreuve n'est pas nécessaire pour que la contracture s'y produise; chez les sujets hémianesthésiés, la contracture s'obtient le plus souvent exclusivement sur les membres du côté anesthésié; elle peut se produire, toutefois, chez certains sujets également du côté resté sensible; en pareil cas, la contracture se montre toujours beaucoup plus prononcée et plus facile à provoquer du côté anesthésié. Nous avons observé sur un assez grand nombre d'individus *que la contracture provoquée est, dans un membre, d'autant plus accentuée et d'autant plus durable après la cessation de la constriction, que l'expérience a été plus souvent répétée et plus longtemps prolongée.* La rigidité se borne parfois au membre sur lequel la compression a été pratiquée et elle se limite aux parties du membre situées au-dessous de la ligature; mais le plus souvent elle s'étend au membre tout entier et, dans un certain nombre de cas, elle se répand sur tous les membres et même sur la face. Les circonstances qui viennent d'être relevées montrent bien, je crois, que la contracture dont il s'agit n'est pas la conséquence de l'ischémie produite dans le membre par l'application de la ligature; il faut voir là, au contraire, sans aucun doute, le résultat d'une excitation périphérique entraînant la participation des centres nerveux, suivant le mécanisme des actes réflexes. Par ce côté, comme du reste par l'ensemble des caractères cliniques, la contracture provoquée chez les hystériques à l'état de veille ne diffère peut-être, vous le voyez, de la contracture provoquée dans la période léthargique du grand hypnotisme que par l'intensité des phénomènes, beaucoup plus grande dans le dernier cas. D'ailleurs, les contractures provoquées des hystériques, comme celles des hypnotiques léthargiques, disparaissent en général très aisément sous l'influence d'une pression légère portant sur les antagonistes des muscles dont l'action prédomine, ou encore par l'action d'une légère friction exercée sur la peau du membre rigide. Il ne faudrait pas trop s'y fier cependant, et, pour ne parler que de la contracture des hystériques éveillées, il importe de ne pas oublier que la résolution en est d'autant plus difficilement obtenue que la ligature qui l'a produite a été maintenue plus longtemps. — Ce sont là, en somme, des expériences qu'il ne faut jamais entreprendre sans y mettre beaucoup de discrétion.

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur ce sujet, qui offre d'ailleurs en soi assez d'importance pour mériter une étude spéciale et approfondie.

Le troisième ou le quatrième jour qui suivit la leçon qu'on vient de lire, entraîné par un de ces caprices si communs chez les hystériques, même chez les mâles, Dum... voulut absolument quitter le service. Le jour même de sa sortie, le membre contracturé fut soumis à un massage méthodique : sur les divers segments du membre, on pratiqua, à l'aide de la main enduite de glycérine, de légères frictions (frôlements), en même temps qu'à l'aide de tractions on cherchait à redresser les doigts et à faire mouvoir le poignet, le coude, l'épaule. Cette opération qui dura environ dix minutes, avait provoqué d'abord des douleurs assez vives au niveau de la face palmaire des doigts où l'anesthésie n'était pas complète; mais elle avait été suivie en somme, d'un résultat très satisfaisant, car la contracture s'était très manifestement atténuée, les doigts s'étaient redressés et le malade était parvenu enfin à leur faire exécuter ainsi qu'à son poignet, à son coude, à son épaule, des mouvements assez étendus.

Le malade, je le répète, sortit de l'hôpital ce jour même et nous l'avons depuis lors perdu de vue pendant plusieurs mois. Nous l'avons revu ces jours-ci et il nous a appris que la contracture ayant reparu en partie, peu de jours après sa sortie, il s'était mis entre les mains d'un confrère de la ville qui l'a traité suivant la méthode du Dr Burcq. Il nous revient aujourd'hui (16 octobre

(1) Voir sur ce sujet : Charcot. — *De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale.* — *Maladies du système nerveux.* T. I, p. 449. *Appendice.* — *Id.* T. III, 3e. 7e et 8e leçons. — Ch. Richer et Brissaud, *Progrès médical*, 8 mai 1880. — Paul Richer, Mémoire inédit présenté à l'Académie de médecine 1883 (Prix Civrieux). — P. Descubes : *Etude sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille. Thèse de Bordeaux* 1885.

(2) Voir, pour plus de détails sur ce sujet : P. Berbez. *Sur la diathèse de contracture et en particulier sur la contracture produite sur les sujets hystériques (hommes et femmes) par l'application d'une ligature.* (*Progrès médical*, n° 41, 9 octobre 1886).

© BIU Santé

1886) la main et les doigts chargés de plaques et anneaux de cuivre, qu'il n'a guère quittés, paraît-il, depuis l'époque où il nous a échappé. Voici quel est actuellement l'état du malade. Dans le membre supérieur gauche la sensibilité a reparu; elle paraît même exaltée surtout sur la face palmaire de la main où l'application d'un corps froid donne la sensation d'un corps chaud. La sensibilité profonde et le sens musculaire sont normaux. Partout ailleurs la sensibilité générale ne présente plus aucune anomalie et pour ce qui est des sens spéciaux on constate que le goût, l'ouïe, l'odorat sont aussi actifs maintenant à gauche qu'à droite et que le champ visuel gauche ne présente plus trace de rétrécissement concentrique. Sur tous les points l'amélioration est donc manifeste et j'ajouterai que les rudiments d'attaques ne se sont plus reproduits.

Il n'en est pas tout à fait de même pour ce qui est relatif aux mouvements du membre supérieur gauche. A la vérité ceux de l'épaule, du coude et du poignet sont redevenus à peu près normaux, à peu près aussi étendus que les mouvements correspondants dans le membre opposé et c'est là, sans aucun doute, un résultat important. Mais les mouvements des doigts, assez énergiques dans la flexion (25 au dynamomètre ; à droite 85) sont au contraire très limités dans l'extension. Et par suite, la main reste déformée; tenus étendus, les doigts, en effet, forment avec la paume de la main, un angle de 90 degrés environ ; il est impossible de modifier notablement cet angle dans le sens de l'extension et toutes les tentatives qu'on fait pour l'ouvrir plus sont l'occasion de vives douleurs. A cet égard donc la guérison est loin d'être complète et il est à craindre que la cause qui met obstacle à l'extension des doigts ne soit plus seulement la contracture spasmodique des muscles, mais bien, ainsi que nous l'avons quelquefois observé, entre autres, dans un cas fort analogue à celui qui nous occupe (1), la production du côté de la paume de la main, de tissu fibroïde rétracté dans le sens de la flexion. C'est là un point du reste qui ne pourrait être élucidé complètement que par l'emploi du chloroforme) (2).

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De la rhinoplastie sur appareil prothétique (3);

Par M. A. PONCET (de Lyon).

A toutes les époques, la rhinoplastie totale ou plus ou moins complète a eu ses partisans et ses détracteurs; ces derniers, tout au moins, depuis un certain nombre d'années, paraissent avoir eu gain de cause. Si l'on consulte, en effet, les ouvrages classiques récents, les monographies qui traitent de la question, on voit combien, dans certains cas, il est difficile de remédier à des désordres étendus et la plupart des chirurgiens, à peu près tous conseillent l'abstention dans les cas où le nez manque en totalité ou en grande partie, dans ceux où la charpente, le squelette, cloisons, os propres, fait défaut. Alors, en effet, le lambeau, les parties molles, d'abord maintenues, n'ont pas de soutien, elles s'effondrent, s'affaissent progressivement, et l'opération ne fait, suivant l'expression des auteurs du Compendium, que substituer une infirmité ridicule à une infirmité dégoûtante. L'écueil, la pierre d'achoppement, c'est l'absence d'une charpente capable de supporter le moignon nasal nouveau.

On ne discute plus aujourd'hui sur la préférence à donner à la méthode Indienne sur la méthode Italienne; il est acquis que, soit que l'on ait recours, suivant les indications, à la méthode Indienne ou Française, on trouve sur la peau du front, des joues, de l'étoffe en quantité suffisante et de bonne qualité.

Le problème est donc tout entier celui-ci : trouver une cloison, des os propres, en un mot, un support suffisamment solide, résistant.

Il y a quelques années, M. Ollier, après ses belles expériences d'ostéogénie périostique, avait espéré trouver ces éléments de soutien dans le périoste frontal; il disséquait alors un lambeau cutanéo-périostique ; malheureusement, quoique l'organe nouveau fut plus résistant, moins susceptible de s'affaisser, d'être aspiré, il n'était que tonifié. En 1874, M. Ollier présentait à la Société de chirurgie des résultats beaucoup plus satisfaisants obtenus par une autoplastie à double plan de lambeaux, comme l'avait imaginé Nélaton, comme l'avait conseillé M. Verneuil; l'opinion des chirurgiens ne fut guère modifiée.

La question en était là et l'on paraissait devoir donner la préférence aux nez artificiels, surtout après avoir vu les admirables nez en porcelaine fabriqués par M. Martin, de Lyon, lorsqu'au congrès de Paris 1878, M. Létiévant, dans une note un peu humoristique, fit part d'une observation d'ablation plus ou moins complète du nez pour un épithélioma avec réfection de l'organe enlevé sur une charpente nasale en aluminium. Ce fait n'eut pas grand retentissement, et lorsque l'année suivante, au Congrès de Montpellier (1879), il fit part d'une nouvelle observation de restauration du nez, après l'ablation de cet organe pour un épithélioma, le même silence suivit. Je veux dire par là que depuis cette époque, c'est-à-dire depuis sept ans, aucun fait de ce genre n'a été publié, et cependant il s'agit là d'une idée juste, susceptible dans la pratique de donner de bons résultats au point de vue de la forme, de la fonction, dans tous les cas bien supérieurs à ceux obtenus jusqu'ici.

L'idée d'appliquer un appareil prothétique nasal, une charpente artificielle destinée à soutenir le lambeau nasal, appartient à M. Martin; à M. Létiévant revient l'honneur de la mise à exécution pour la première fois. Chez trois autres malades, la même opération fut tentée, malheureusement il s'agissait encore de gens d'un certain âge, atteints de cancroïde nasal, faits dans lesquels la prothèse pratiquée immédiatement ou à un moment quelconque est bien discutable, des récidives eurent lieu. J'avais le souvenir des communications antérieures de M. Létiévant, lorsque, l'année dernière, entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu une jeune fille de vingt ans, n'ayant plus que l'auvent nasal; le dôme, le squelette : os propres, cloison, ayant été détruits par une ostéo-périostite, très probablement spécifique et non moins probablement héréditaire (syphilis tardive).

La malade fut soumise pendant quelques semaines à un traitement ioduré, et quand la guérison fut complète,

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 1er fascicule, p. 123.

(2) Le 18 octobre dernier, le malade a été soumis aux inhalations de chloroforme. Le sommeil a été aussi profond que possible ; à aucune époque on n'a pu obtenir la résolution de la déformation des doigts qui vient d'être décrite. Evidemment il ne s'agit plus là de contraction musculaire spasmodique. (J. M. C.)

(3) Communication faite au dernier Congrès de Nancy.

© BIU Santé

je songeai à la rhinoplastie que j'appelle sur appareil prothétique et non simplement prothétique, ce qui pourrait paraître de prime abord un pléonasme.

Les observations antérieures dont j'ai parlé, quoique après un certain temps, il y ait eu récidive de la tumeur ; la tolérance des fosses nasales pour les corps étrangers, témoins les nombreux malades opérés autrefois par Dupuytren, et porteurs pendant des années d'une canule nasale métallique ; enfin une certaine analogie qui s'impose au point de vue de la tolérance des tissus entre les cavités buccale et nasale, me laissait supposer qu'une tige, qu'une charpente en métal serait bien supportée. M. Martin, à qui je montrai ma malade, construisit alors une charpente métallique très mince en platine, comme celles que je fais passer sous vos yeux, large de 6 millimètres environ, descendant suivant la direction de la crête du nez sur une longueur de 4 centimètres et terminée par en haut par une pointe étroite de 1 millimètre, haute de 5 à 6. Une autre lamelle, également terminée par deux pointes, coupe perpendiculairement la première. Les trois pointes forment les trois pieds de la charpente et sont destinées à s'implanter dans le squelette voisin.

Le 1er août 1885, la malade, dont je vous présente la photographie avant (*fig.* 100) et après la rhinoplastie, fut



Fig. 100. — Avant l'opération.

opérée. Après avoir soulevé et mobilisé l'auvent nasal, d'une part, après avoir avivé d'autre part les bords de cette large perte de substance, on plaça la charpente (*fig.*



Fig. 101. — Charpente.

101) en place (*fig.* 103), on creusa au foret trois trous, larges de 1 millimètre, profonds de 5 millimètres, l'un à l'union des os propres du nez avec l'épine nasofrontale, les deux latéraux sur la base de chaque apophyse montante. Mensurations prises, je taillai un large lambeau frontal, comprenant le périoste, je le modelai sur l'appareil prothétique par de nombreux points de suture.



Fig. 103. — Charpente en place.



Fig. 102. — Squelette de la face.

Le résultat définitif, ainsi que vous pouvez en juger par la photographie (*fig.* 104), est excellent, la forme laisse



Fig. 104. — Après l'opération.

peu de choses à désirer depuis une opération complémentaire faite le 3 avril de cette année. Actuellement, la malade peut se moucher, elle n'éprouve ni gêne, ni douleur; au point de vue esthétique, il n'est pas douteux qu'elle n'ait retiré un grand bénéfice de l'intervention chirurgicale. Un tel nez est bien préférable aux plus beaux nez artificiels, et le résultat définitif bien supérieur à ceux que nous connaissions. Le fait important est la parfaite tolérance de l'appareil en platine, qui à aucun moment n'a provoqué des accidents inflammatoires, il n'a causé ni gêne, ni suppuration appréciable.

Des considérations dans lesquelles je suis entré, des diverses pièces que je viens de vous montrer (1), je crois pouvoir conclure que, dans les destructions étendues du dôme nasal, alors que l'ossature de soutien a disparu, on peut la remplacer par un appareil prothétique immédiatement appliqué et destiné à rester en place. Le platine doit être préféré à tout autre métal : argent, aluminium, etc.

L'adjonction de cette pièce artificielle rend possibles des restaurations contre lesquelles la chirurgie réparatrice avait été jusqu'à ce jour impuissante.

C'est surtout dans les destructions étendues du nez,

(1) M. Poncet a fait passer sous les yeux des membres du Congrès les photographies faites avant et après la rhinoplastie. Il a montré en même temps des appareils prothétiques en platine analogues à ceux employés.

© BIU Santé

telles que les déterminent le lupus, la syphilis, que l'on pourra, en dehors des cas traumatiques, où elle est naturellement indiquée, songer à la rhinoplastie sur appareil prothétique.

Pour les épithéliomes du nez, en raison de la nature de l'affection, de l'âge du sujet, je fais de grandes réserves, il est cependant tels cas de néoplasme épithélial relativement bénin, où une large ablation peut mettre pendant longtemps à l'abri d'une récidive, et où il serait permis de penser à une restauration dans les conditions dont je viens de parler.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Infection purulente. — Arthrotomie du genou droit. - Guérison avec conservation des fonctions de l'articulation ;

Par le Dr FERRET.

Grâce à l'antisepsie, l'infection purulente post-opératoire a presque disparu et on ne verra bientôt plus que des faits analogues à celui dont je présente ici l'observation. Et encore, dans ces cas, ne restera-t-on pas désarmé comme autrefois. Les succès obtenus par le pansement de Lister autorisent, en effet, bien des interventions qui, il y a seulement quelques années, auraient semblé téméraires ; et souvent on aura, comme dans le cas que je rapporte, la chance de réussir.

Observation. — Le 20 octobre 1883, entrait à l'hôpital de Meaux un homme de 27 ans, d'une bonne santé habituelle malgré ses habitudes alcooliques. Ce malade qui éprouve depuis la veille une gêne douloureuse dans l'épaule gauche, se plaint surtout d'une grande faiblesse et d'amaigrissement rapide. La région douloureuse ne présente ni gonflement ni rougeur ; et, en examinant attentivement le membre, on ne constate rien qu'une plaie de l'index gauche, qui remonte à une quinzaine de jours et qui est aujourd'hui à peu près cicatrisée. La perte d'appétit est complète ; mais la soif est vive, et le malade accepte facilement une alimentation liquide composée de bouillon, lait et vin de Bordeaux qu'on lui donne à discrétion. Dans la soirée, frisson violent suivi de sueurs ; subdelirium, diarrhée, toux pendant la nuit.

Le lendemain, la région sous-claviculaire gauche présente une tuméfaction diffuse. A 10 heures du matin, la température est de 39°,8, le pouls petit est à 112, la respiration est accélérée.

Dans l'après-midi, en faisant un mouvement dans son lit, le malade éprouve subitement une douleur vive au niveau du genou droit.

A 4 heures, le thermomètre monte seulement à 38°, et à 9 h. du soir se produit un nouveau frisson suivi de sueurs.

Le 22, on constate que le genou est distendu par un épanchement de liquide.

L'état général est plus grave, la toux a augmenté de fréquence et d'intensité ; elle est accompagnée de l'expulsion de crachats tachés de sang et on trouve à l'auscultation des signes d'une bronchite intense.

La conjonctive et la peau présentent une teinte ictérique très marquée ; l'urine contient de l'albumine et de la bile.

Au niveau du creux sous-claviculaire gauche, on constate de la fluctuation profonde. La collection purulente dont le siège était au-dessous du petit pectoral, est évacuée par une incision parallèle à la clavicule. Lavage de la cavité de l'abcès avec la solution phéniquée au 20e, drainage et pansement de Lister. Dans la journée, frissons répétés. Le thermomètre monte à 39°,6 à 10 heures du matin et à 41° à 4 heures. Le pouls est toujours petit et fréquent, la respiration courte et rapide.

Le 23, aggravation de tous les symptômes ; délire violent pendant la nuit. Une nouvelle collection purulente s'est produite sans douleur à la face dorsale du poignet droit. Le genou a encore augmenté de volume, mais n'est plus douloureux. Une ponction exploratrice ayant démontré que l'épanchement est constitué par un liquide séro-purulent, l'articulation est ouverte par deux incisions latérales et lavée avec la solution au 20e. Drainage du genou et pansement de Lister. L'abcès de la face dorsale du poignet est vidé et pansé de la même façon. Température à 10 heures, 40°, à 4 heures, 39°,6.

Le 24, l'état général s'améliore ; les parois de l'abcès sous-pectoral se sont réunies et le drain est supprimé. Il n'y a pas de nouveau frisson, mais la température reste élevée. L'ictère et l'albuminurie diminuent.

Dans les jours suivants, l'amélioration continue ; le 27, la teinte ictérique a presque disparu, et l'urine ne contient plus trace d'albumine. Le malade nous montre à la visite un nouvel abcès survenu sans douleur au niveau de la tabatière anatomique à droite. Cet abcès est vidé, lavé à l'eau phéniquée et recouvert d'un pansement de Lister. Il contenait une cuillerée environ d'un pus granuleux ressemblant à de la purée de pommes de terre.

Jusqu'au 1er novembre, rien d'intéressant à signaler, sinon la persistance de la fièvre, peu intense, mais continue avec rémission matinale légère. Le genou suppure toujours, malgré les pansements et les lavages antiseptiques, et, en explorant l'articulation avec le doigt, on la trouve cloisonnée par des fausses membranes qui empêchent le libre écoulement des liquides. La fièvre qui persiste est manifestement sous la dépendance de cet état local, et, pour y remédier, je me décide à ouvrir largement le genou. Je prolonge vers en haut les incisions latérales et je les réunis par une incision transversale à convexité supérieure. J'ai ainsi un large lambeau dans lequel est comprise la rotule, et qui rabattu sur la jambe permet de voir tout l'intérieur de l'articulation qui est débarrassée des produits inflammatoires qui l'encombrent et lavée à l'eau phéniquée. Puis les parties malades sont touchées avec la solution de chlorure de zinc au 12e, deux drains plongeant dans l'articulation sont placés à la base du lambeau qui est remis en place, et le genou est recouvert d'un pansement de Lister.

Le 3, on change le pansement ; à la base du lambeau se sont formées des adhérences qui isolent l'articulation du reste de la plaie. Les drains sont supprimés ; la plaie est pansée à la gaze iodoformée et le genou est immobilisé dans un appareil plâtré. Ces pansements sont renouvelés tous les trois ou quatre jours ; et, à partir de ce moment, la fièvre cesse et l'appétit revient. Le malade quitte l'hôpital à la fin de janvier 1884 ; il est guéri, mais se sert difficilement de son membre et est obligé d'avoir recours à des béquilles pour marcher.

Je n'ai revu le malade qu'au mois de mars de l'année suivante. Il me raconte qu'il a commencé à se servir facilement de sa jambe un mois environ après être sorti de l'hôpital, et que depuis plusieurs mois il peut facilement marcher, courir et se livrer à un travail manuel fatigant. En l'examinant, je constate que le genou a sa solidité et sa souplesse normales ; seuls les mouvements d'extension et de flexion forcées sont un peu douloureux.

Conclusions. — Malgré la gravité de l'état général, ce malade a pu absorber chaque jour, en moyenne, 2 litres de lait, 1 litre de vin et 100 gr. d'alcool ; et cette circonstance favorable a certainement eu une bonne part dans la terminaison heureuse de la maladie à côté du traitement chirurgical. Mais en dehors de ce fait intéressant de guérison d'un cas d'infection purulente, une autre particularité de l'observation est digne d'attirer l'attention : c'est le résultat éloigné de l'arthrotomie. Voilà, en effet, une grande articulation qui a suppuré pendant plusieurs jours, qui a été très largement ouverte, et qui, non seulement guérit, mais encore récupère dans un espace de temps relativement court et d'une façon à peu près complète sa solidité et ses fonctions.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Audry, Tellier, Chabannes, Moncorgé, Chabalier, Rossigneux, Pic, Barbier, Guilleret, Dobard, Lacroix, Durand et Michon.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Chirurgie à Paris.

DEUXIÈME SESSION. — 18-24 OCTOBRE 1886.

La deuxième session du Congrès français de chirurgie s'est ouverte à Paris lundi dernier, 18 octobre, à deux heures et la séance d'inauguration a eu lieu ce jour-là dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine décoré à cette intention.

Il est inutile de rappeler à nos lecteurs comment et pourquoi le *Congrès annuel des Chirurgiens de langue française* a été créé. Toute la presse médicale, on s'en souvient, a félicité le chirurgien qui le premier souleva cette idée, le Dr Demons, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux de Bordeaux; chacun sait aussi quel a été le rôle de la Société de chirurgie de Paris en cette occasion. Comme le disait l'année dernière M. le professeur Trélat à la séance d'inauguration de la première session du Congrès, la Société de Chirurgie a su comprendre qu'il n'y avait entre son existence propre et la création d'un tel congrès ni contradiction, ni double emploi, et que, vu le nombre toujours croissant des chirurgiens exerçant en province, il fallait trouver une tribune commune et un centre de réunion annuelle pour faire connaître leurs travaux. C'est certainement être l'interprète de tous les membres du Congrès que de remercier la Société de chirurgie d'avoir tant fait pour cette institution, scientifique et patriotique à la fois.

Les espérances du comité organisateur, composé de chirurgiens tels que MM. les professeurs Trélat et Verneuil, c'est-à-dire d'hommes absolument dévoués aux idées de progrès, sous quelque forme qu'elles se présentent, n'ont pas été déçues. On sait quel a été le succès de la réunion de l'année dernière et de la première tentative. Ceux qui, cette année, étaient présents à la séance d'ouverture ont pu se convaincre de l'entière réussite de la seconde session, et ce n'est pas prédire l'avenir que de considérer comme définitivement assuré le succès des réunions futures.

Lundi soir, en effet, sur les bancs du grand amphithéâtre de l'École de médecine, spécialement aménagé pour recevoir les membres du Congrès, se pressait une assistance nombreuse parmi laquelle on remarquait la plupart des chirurgiens de Paris, un grand nombre de chirurgiens de province, beaucoup d'internes des hôpitaux et d'étudiants en médecine. Une place avait été gracieusement réservée à la presse médicale.

Le Président, M. le Professeur OLLIER (de Lyon), membre correspondant de l'Institut, a déclaré ouverte la deuxième session du Congrès français de chirurgie et a prononcé une allocution fréquemment interrompue par les applaudissements les plus sympathiques. A côté de lui, sur la tribune réservée aux membres du bureau, avaient pris place, à sa droite, M. Le Royer, président du Sénat, représentant le gouvernement; M. le Ministre de l'Instruction publique, qui par sa présence aurait donné à cette cérémonie plus d'éclat en montrant combien il s'intéressait au développement d'une des branches les plus importantes de la science française, n'a pu y assister par suite d'engagements antérieurs. A gauche du président, se trouvait M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris; sur l'estrade siégeaient un certain nombre de chirurgiens étrangers, MM. J. Reverdin (de Genève), Plum (de Copenhague), Severeanu (de Bucharest), Blanc (de Bombay), Thiriar (de Bruxelles), etc.; à cette séance assistaient aussi M. le Dr Rochard, M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté, M. le professeur Verneuil, vice-président du Congrès, MM. les professeurs Trélat, Guyon, Duplay, Lannelongue, etc., etc.

Dans son discours, M. Ollier a montré tout d'abord quel était le chemin parcouru depuis la fondation du Congrès. « Quand nous nous sommes réunis pour la première fois, a-t-il dit, nous doutions encore un peu du succès de notre tentative; mais dès aujourd'hui, nous sommes rassurés; nous avons des adhérents nombreux, venus de toutes les parties de la France et même de l'étranger. Notre dernière session a eu douze séances consécutives; nous avons à peine eu le temps d'épuiser notre ordre du jour. C'est, confiant dans l'avenir de notre institution, que nous comptons désormais poursuivre notre but patriotique. » Il a insisté ensuite sur le rôle des Congrès, sur leur importance, sur leur nécessité à l'heure qu'il est, maintenant que la science est devenue universelle. Les séances régulières des Sociétés savantes, les publications de la presse scientifique ne suffisent plus, surtout pour les sciences appliquées, comme la chirurgie. C'est dans ces cas surtout que les réunions d'hommes compétents sont fécondes : on y entend, on y voit des démonstrations directes au lieu d'assister à des discussions puériles.

C'est dans la pensée de favoriser les progrès de la Chirurgie moderne qu'ont été organisés les Congrès internationaux inaugurés dans la même enceinte en 1867. On ne peut nier que la réunion de savants de tous les pays ne facilite la solution des grandes questions chirurgicales en litige, en même temps d'ailleurs qu'elle devient un centre attrayant de relations confraternelles. On l'a dit, on comprend mieux la pensée d'un homme quand on le connaît et le fréquente. Mais les Congrès internationaux ont un défaut, la multiplicité des langues employées, et la discussion devient difficile, souvent impossible. Les débats contradictoires doivent donc être forcément réservés pour les Congrès où une seule langue est admise; voilà pourquoi on a fondé le Congrès des chirurgiens de langue française; cependant comme la chirurgie n'est pas l'apanage d'un peuple, il a été ouvert à tous les chirurgiens pour le plus grand profit de la science française.

M. Ollier, à ce propos, a critiqué avec raison nos habitudes trop sédentaires, nos craintes lorsqu'il s'agit d'une innovation venant de l'étranger; nous ignorons encore trop ce qui se fait à nos côtés. Si nous ne pouvons pas toujours nous maintenir au niveau de nos voisins au point de vue du matériel, de l'installation, il n'en faut pas accuser le plus souvent les chirurgiens, car il n'y a pas longtemps que les administrations hospitalières sont animées de l'esprit de réforme et ont compris tous les sacrifices qu'elles doivent faire pour seconder les efforts du personnel médical. Si ce dernier, en France, est à la hauteur de sa situation, les institutions indispensables pour permettre à ce per-

© BIU Santé

sonnel hors ligne de montrer sa valeur sont encore trop rares. On crée beaucoup d'hôpitaux, en tenant compte des exigences de l'hygiène, mais ce n'est point suffisant. Aux nombreux chirurgiens qui, pleins d'ardeur, attendent aux portes des hôpitaux de Paris l'occasion de faire leurs preuves, il faut des services et des malades. Beaucoup trop perdent leurs forces vives pendant des années et des années; ils sont déjà vieux, presque sur le point de prendre leur retraite, pourrait-on dire, quand on songe à leur donner du travail et l'occasion de révéler leurs talents.

Cet état de choses ne peut durer. Le meilleur moyen d'y remédier, c'est de multiplier dans une certaine mesure les grands centres universitaires, en dehors de Paris, centres universitaires qui remplaceraient avantageusement toutes ces petites écoles de province, qui n'ont guère plus d'élèves qu'il n'y a de professeurs. Si dans les pays de langue allemande, il y a tant de centres chirurgicaux, où le chirurgien a un vaste champ de travail ouvert devant lui, à quoi cela tient-il ? C'est que le jeune praticien ne craint pas d'aller dans une Université de province, où il sait qu'il trouvera ce dont il a besoin : honneur, considération, rémunération de ses peines, et tout ce qu'il faut pour entreprendre des œuvres de longue haleine.

D'autre part, si nous voulons que la chirurgie ne périclite pas en France, n'ayons point peur d'aborder carrément la vieille querelle des spécialistes et des encyclopédistes et finissons-en une fois pour toutes avec cette question. Le temps n'est plus où la plupart des savants peuvent, avec un succès égal, cultiver toutes les branches de la science, et il faut être aveugle pour ne pas voir combien certaines branches de notre art ont gagné à cette division du travail, combien elles doivent à la spécialisation, lorsqu'elle est faite dans les conditions voulues de moralité. Ne l'oublions pas, en effet, la devise du Congrès est celle de la Société de chirurgie.

M. le Président a terminé par ces mots: « Messieurs, je le répète une fois encore, notre but à tous doit être de concourir dans la mesure de nos forces à l'avancement de la chirurgie; depuis trois siècles, depuis Ambroise Paré, la chirurgie française est hors pair; souvenons-nous du passé et travaillons. Préparons-nous un quatrième siècle de gloire. »

M. le secrétaire général, le Dr Pozzi, félicite de son zèle par le président au début de la séance, a pris ensuite la parole pour exposer l'état des finances de l'association. Les frais d'impressions du 1er volume des comptes rendus du Congrès, les frais de décorations, etc., se sont élevés à 4.585 fr. environ; les recettes ayant été cette année de 5.297 fr. 25 cent., il reste en caisse 712 fr. qui ajoutés au capital (13.512 fr. 95) donnent un total de 14.000 fr. environ. Il termine son rapport en citant les noms des savants étrangers ayant adhéré au Congrès mais ne pouvant y assister ; citons entre autres le professeur Albert (de Vienne), le Dr Spencer Wells, etc. Le Congrès de chirurgie est donc absolument fondé : le nombre des adhérents dépasse aujourd'hui le chiffre de deux cents.

La fin de cette séance a été consacrée à la lecture de trois importantes communications de MM. J. Reverdin (Genève), Thiriar (Bruxelles), et Guyon (Paris); on en trouvera plus loin le compte rendu (1) détaillé.

Mardi et mercredi, 19 et 20 octobre, le Congrès a tenu ses séances matin et soir; l'amphithéâtre de la Faculté était constamment comble. — Jeudi, dans la matinée, visite dans les divers hôpitaux. Le même jour, à une heure et demie, de nombreux congressistes se sont rendus à la Morgue pour visiter les nouvelles installations de cet établissement, sous la direction de M. Brouardel. Les appareils frigoriliques, dont on a pu apprécier les merveilleux effets pour la conservation des cadavres, ont été décrits par le professeur, qui a insisté sur leur régulier fonctionnement depuis quatre années déjà. Il a montré ensuite la salle d'autopsie récemment reconstruite sur l'ancienne salle d'exposition des morts. A trois heures et demie, réunion au Laboratoire de M. Pasteur, qu'on a visité sous la conduite de M. Grancher. M. Roux a trépané un lapin et a pratiqué quelques inoculations, pendant que M. Grancher faisait, de son côté, visiter la salle où sont conservées les moelles et celle où se pratiquent sur l'homme malade les injections sous-cutanées de virus rabique. A sept heures, ce soir-là, un banquet réunissait la plupart des membres du Congrès à l'hôtel Continental.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

DEUXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

1. — *Séance d'ouverture du 18 octobre* (lundi soir). Présidence de M. Ollier.

1. — M. J. Reverdin (de Genève). — *Contribution à l'étude du myxœdème consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde.* — Après un *historique* de la question, d'où ressort clairement que c'est à M. J. Reverdin que l'on doit attribuer la priorité de la découverte du *myxœdème opératoire*, l'orateur démontre l'analogie, sinon l'identité du myxœdème avec la *cachexia strumipriva* ; il s'appuye : 1° sur les *caractères cliniques* (pâleur du teint, bouffissure et œdème dur du visage (à aspect crétinoïde), des mains, des pieds, sans albuminurie; affaiblissement physique, intellectuel et sensoriel; sensation de froid, accompagnée de suppression de la sueur avec peau sèche, écailleuse, ichthyoïde, chute des cheveux et des poils ; ralentissement du pouls ; gonflement de la langue; pseudo-lipômes sus-claviculaires, etc.) 2° Sur le travail récemment publié par MM. Bourneville et Bricon qui viennent de décrire sous le nom d' « *idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique* » des cas tout à fait semblables où la maladie s'est développée spontanément pendant l'enfance et où les autopsies connues ont permis de constater l'absence de la glande thyroïde, pendant du cas de Sick opéré à l'âge de 10 ans et dont l'histoire accompagnée d'autopsie a été publiée par M. Grundler. 3° Sur les *expériences pratiquées* par M. Horsley sur le singe, qui, lui aussi, devient myxœdémateux à la suite de l'extirpation totale de la glande thyroïde. 4° Enfin, sur les quelques *autopsies* connues jusqu'à ce jour, au nombre de trois, mais dont deux ne peuvent être considérées comme suffisamment confirmatives, à cause de lésions concomitantes (phthisie, épilepsie). M. Reverdin considère donc le terme de *myxœdème opératoire* comme parfaitement justifié et préférable à celui de cachexia strumipriva, qui ne répond pas aux phénomènes observés dans tous les cas.

M. J. Reverdin décrit ensuite la *marche* de la maladie, marche qui peut être *progressive* (avec ou sans *rémission* de longue durée), se présenter sous une forme atténuée ou *fruste*, et cite à l'appui trois observations où l'on constata une marche

(1) Voir page 382 et suivantes.

© BIU Santé

1° progressive ; 2° progressive avec rémission et récidive ; 3° rémittente prononcée durant depuis 5 ans.

Dans deux autres observations, la rémission paraît due au développement d'une petite *tumeur thyroïdienne* constatée dans un cas 4 ans 1/2, dans l'autre 5 ans après l'opération ; ces malades n'avaient présenté que des symptômes frustes atténués, et l'amélioration peut être considérée comme équivalant à la guérison. Le développement de cette tumeur thyroïdienne a été attribuée soit à une régénération de la glande, soit à un lobule aberrant échappé à l'opération ; cette dernière hypothèse, la plus plausible, est adoptée par M. Reverdin. Il s'ensuit que le myxœdème peut se développer même quand l'extirpation n'a pas été anatomiquement totale. On pouvait également se demander si la cachexie pachydermique pouvait se produire quand l'extirpation n'est pas chirurgicalement totale ; cette production paraît possible d'après les quelques symptômes myxœdémateux frustes observés sur quelques opérés (d'un lobe) par MM. Girard, Niehans et Poncet (de Lyon) (1) et par M. Reverdin.

L'extirpation d'un lobe a été, du reste, dans un cas récemment observé par M. J. Reverdin, suivie d'une *myxœdème fruste incontestable* ; dans ce cas, il y avait *atrophie consécutive du lobe respecté*. Cette atrophie, sans myxœdème, il est vrai, a été observée par MM. Wolff et Küster, à la suite d'extirpation partielle, et par M. Sidney-Jones après la simple section ou la résection de l'isthme.

M. J. Reverdin croit pouvoir conclure des faits observés par lui ou par les autres auteurs :

1° Les accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde dans l'espèce humaine, présentent le même ensemble de caractères que le myxœdème ou cachexie pachydermique ; le terme du myxœdème opératoire que nous avions proposé en 1883 me paraît complètement justifié ; 2° L'extirpation totale du corps thyroïde n'est pas fatalement suivie, chez l'homme, de myxœdème ; il manque souvent chez l'adulte et peut manquer aussi chez l'enfant ; 3° Le myxœdème opératoire présente différentes formes : des formes progressives, avec ou sans rémissions de plus ou moins longue durée, des formes atténuées susceptibles d'amélioration, sinon de guérison complète, des formes légères et frustes ; 4° Une amélioration de longue durée peut se produire chez l'adulte, quoique l'extirpation ait été réellement totale. J'ai observé dans deux cas une forme atténuée avec amélioration considérable équivalant presque à la guérison, à la suite de l'extirpation totale ; mais chez les deux, de petites tumeurs thyroïdiennes se sont développées longtemps après l'opération au voisinage du cartilage thyroïde, ce qui semble indiquer que l'extirpation, totale au point de vue chirurgical, ne l'était pas au point de vue anatomique ; 5° Comme le faisaient pressentir les deux faits précédents, l'extirpation partielle peut aussi être quelquefois suivie de myxœdème : je l'ai observé alors sous sa forme fruste ; 6° L'extirpation d'un des lobes de la thyroïde peut être suivie de l'atrophie du reste de l'organe ; dans le cas que j'ai rapporté, l'opérée a présentée des phénomènes de myxœdème fruste.

2. — M. Thiriar (de Bruxelles), rend compte de ses recherches sur l'*analyse des urines en chirurgie abdominale*. Ce chirurgien a déjà entretenu le Congrès de ses travaux sur ce sujet l'année dernière (2). Il en conclut aujourd'hui que les données fournies par le dosage de l'urée sont un signe diagnostique précieux dans les cas douteux de tumeurs abdominales. Sur 55 malades qui se sont présentés à lui, il en a opéré 51 et analysé les urines de 46. Les précautions à prendre sont les suivantes : Prendre un échantillon d'urine dans le produit total de la sécrétion rénale pendant 24 heures ; répéter plusieurs fois l'analyse 10 à 15 jours de suite, si l'on peut, et prendre la moyenne des dosages. Le malade ne doit être ni un *rénal*, ni un *tuberculeux*, ni en puissance de *fièvre*. Dans de telles conditions, il a pu facilement se rendre compte de la valeur des renseignements fournis par l'azoturie. 1° Dans les *tumeurs bénignes de l'abdomen*, la moyenne de l'urée secrétée en 24 heures varie de 15 à 25 grammes et est toujours supérieure à 12 grammes ; il cite 2 cas de tumeurs hypertrophiques de la rate et 2 cas de rétrécissements de l'œsophage où il a pu formuler le pronostic, grâce aux données fournies par le dosage de l'urée. Le chiffre de l'urée atteindrait très rarement la normale, c'est-à-dire 30 grammes. 2° *Dans les tumeurs malignes*, de mauvaise nature, récidivantes, infectant l'économie, il y a *hypo-azoturie* ; le chiffre de l'urée est inférieur à 12 grammes ; cependant momentanément on peut constater une augmentation (1 cas de cancer de l'épiploon, 4 gr. ; tumeur utérine, 8 gr.). Il cite en terminant le cas curieux d'une malade chez laquelle on avait diagnostiqué avec raison d'ailleurs un kyste de l'ovaire. Comme à l'analyse de l'urine, il ne trouva que 7 gr. d'urée par jour, il soupçonna une tumeur de mauvaise nature et formula un pronostic fâcheux. L'opération montra qu'en effet, derrière le kyste de l'ovaire, était cachée une tumeur carcinomateuse.

3. — M. Guyon (de Paris), lit un travail sur les *Indications et Contre-indications de la lithotritie*. Il critique d'abord l'opinion émise récemment par les plus éminents chirurgiens d'Allemagne qui paraissent convaincus de la supériorité de la taille sur la lithotritie rapide avec aspiration, cette dernière opération ne pouvant être bien faite que par des spécialistes habiles. Pour M. Guyon, la lithotritie n'est difficile que dans certains cas ; dans d'autres elle doit céder le pas à la taille ; dans la plupart enfin elle est facile, doit être faite ; la preuve, c'est la statistique de son service : il n'a que 5 0/0 de mortalité. Il passe ensuite à l'étude des conditions spéciales dans lesquelles se trouvent les malades qui succombent à la suite d'une lithotritie. L'*âge* a une grande importance, et cependant chez les vieillards on doit préférer le broiement par les voies naturelles à la taille, car il faut éviter toute perte de sang. Le *volume* et le *nombre* des calculs, de même que leur *dureté*, donnent lieu à des remarques très nombreuses, bien notées dans les travaux de MM. Tuffier et Desnos. L'hypertrophie de la prostate ne constitue pas ordinairement une difficulté. Il faut tenir en outre grand compte de l'état des reins, des *lésions rénales*, c'est-à-dire de l'époque à laquelle le malade vient vous consulter, de l'ancienneté de son calcul. En effet, il suffit de l'introduction d'un instrument dans la vessie pour que ces lésions rénales, latentes jusque-là, se révèlent, ou s'exagèrent si elles existaient déjà. Le *cystite*, même à l'état aigu, n'est pas une contre-indication ; elle disparaît ordinairement après l'opération. La *fièvre* ne s'observe que dans 9 cas sur 100. Les *récidives* (5 0/0) sont peu fréquentes. La lithotritie, tel que le Pr Guyon la pratique journellement, mérite donc de rester au premier rang parmi les opérations, et il dépend des chirurgiens de l'y maintenir, en s'y exerçant souvent. Elle ne paraîtra plus dès lors un tour de force, même aux chirurgiens allemands.

2. — *Séance du 19 octobre* (mardi matin). — Présidence de M. Plum, Pr de chirurgie à l'Université de Copenhague.

M. le Président Ollier annonce que MM. Assaky et Lagrange sont nommés secrétaires adjoints du Congrès en remplacement de MM. Bazy et Coudray empêchés.

La discussion est ouverte par le Président d'honneur, M. Plum, sur la *nature, la pathogénie et le traitement du tétanos*.

1. — M. Vaslin (d'Angers) sur 17 cas de tétanos par lui observés n'a vu qu'un cas de guérison. Le traitement qu'il a choisi et qu'il n'a pu appliquer complétement que dans le cas où il a obtenu une guérison, est le suivant : Isolement le plus complet dans une semi-obscurité, administration du chloral (4 gr. par jour) d'abord, puis injections de morphine (0,01 centigramme par 24 heures), alternant avec le chloral ; maintien d'une

(1) M. A. Poncet (de Lyon) a eu l'occasion de revoir, il y a quelques mois, un jeune homme de 24 ans auquel il avait enlevé, quatre ans auparavant, l'isthme de la thyroïde pour un goitre rétro-sternal suffocant.

Les deux lobes de la thyroïde laissés en place ne lui ont pas paru atrophiés, mais le malade était pâle, il se plaignait d'avoir perdu ses forces, de ne pouvoir travailler comme par le passé, il n'avait pu continuer la profession pénible de forgeron qu'il exerçait auparavant. En tenant compte des observations de M. Reverdin, il s'agit probablement là d'un cas de myxœdème fruste, l'examen du malade n'ayant révélé aucune lésion viscérale, et ce dernier n'accusant qu'une sensation de faiblesse.

(2) Voir *Progrès médical*, 1885, p. 302 (1re partie).

© BIU Santé

température constante (20 à 25°); alimentation très surveillée, se composant de lait. Son malade a guéri au bout de 30 jours et il n'y a pas eu de récidive du tétanos, même après un autre accident. — Il croit avoir eu affaire dans ce cas là à une forme de tétanos curable, véritable névrose (tétanos névrosique) susceptible de récidiver. Il ne peut s'agir là d'une myélite, le sujet, un enfant, ayant rapidement guéri. Il a injecté en outre à un chien de forte taille du sang, de la sueur, des urines de ce malade, sans provoquer chez l'animal d'accidents notables.

2. — M. Balestreri (de Gênes), pour qui le tétanos est une névrose, vient en se basant sur cette donnée recommander à ses collègues un traitement qui lui réussit très bien dans les autres névroses, l'emploi du *tartre stibié*. Il le donne le 1er jour à la dose de 0,05 centigrammes, puis le lendemain à la dose de 0,20 à 0,25 centigrammes, à prendre en une fois dans un verre d'eau; il cite deux cas de guérison. A propos de l'emploi du chloral, il raconte le fait d'un malade tétanique qui a absorbé 320 grammes de chloral en 8 jours.

3. — M. Thiriar (de Bruxelles) vient de perdre en peu de temps et consécutivement 4 malades de tétanos; toutes les 4 ont été atteintes à la suite d'ovariotomies. 1er Cas : Ovariotomie faite pour un kyste ovarique uniloculaire; mort par tétanos plusieurs jours après l'opération, 36 heures après le début des accidents tétaniques. 2e Cas : Opération de Battey pour métrorrhagies symptomatiques d'une tumeur utérine inopérable; mort 12 heures après le début des accidents tétaniques. 3e Cas : Ovariotomie pour kyste ovarique chez une jeune fille de 23 ans; morte en 18 heures malgré injections sous cutanées de cocaïne; après la mort la température monta à 44°,5. 4e Cas : même opération; les accidents tétaniques ont duré 7 heures. M. Thiriar pense que pour les 3 derniers cas il y eu *contagion* et se base sur ces faits pour admettre la nature infectieuse de la maladie, dont la période d'incubation aurait été de 6 à 7 jours environ, puisque toutes ses malades sont mortes environ 6 à 8 jours après l'opération. Il est convaincu que le tétanos est une affection microbienne. Il a cru remarquer que les injections de cocaïne donnaient des résultats encourageants. Il termine en rapportant quelques observations de tétanos que plusieurs médecins habitant les environs de Bruxelles lui ont communiquées. En 18 mois, 8 cas de tétanos ont été observés dans un bourg où cette affection avait disparu depuis 30 ans.

4. — M. Maunoury (de Chartres). — Les faits qu'il a observés ne paraissent *pas favorables* à la *théorie de la contagion*. Il a vu personnellement sept cas et a pu en recueillir auprès de ses confrères une trentaine d'autres. Dans plusieurs de ces cas l'action du froid a été manifeste. Le pansement antiseptique n'a pas paru empêcher le tétanos, témoin une ovariotomie et une kélotomie où l'antisepsie avait été rigoureuse. La guérison a été plus fréquente dans les plaies d'amputation que dans les plaies mâchées. Quant à la contagion il n'a pu la découvrir nulle part. Aucun de ses tétaniques n'a été dans une maison ayant renfermé d'autres tétaniques hommes ou animaux. Il n'y en a pas eu ultérieurement dans ces maisons. Il existe bien des épidémies de tétanos, venant par bouffée subite de plusieurs cas, mais il faut bien faire la distinction entre épidémie et contagion. L'épidémie n'est niée par personne, mais pour prouver la contagion il faudrait montrer que les tétaniques ont eu des rapports directs ou indirects avec d'autres tétaniques, c'est ce qui n'a pas été fait ou cela du moins n'a été fait que pour des cas si rares qu'il peut n'y avoir là qu'une simple coïncidence. On arrive aux mêmes conclusions si au lieu de considérer le tétanos humain on considère le tétanos chez les animaux. J'ai recueilli plus de 150 cas de tétanos chez des animaux observés par dix vétérinaires. Ces animaux ont été observés ou dans l'écurie de leur propriétaire ou dans des infirmeries. Or aucun de ces vétérinaires ne se souvient d'avoir soigné deux animaux tétaniques dans une même ferme, et aucun fait de tétanos humain ne s'est déclaré à leur connaissance dans un lieu où ils ont vu un animal tétanique. Dans les infirmeries des vétérinaires je n'ai pas trouvé davantage de contagion. Je citerai par exemple la statistique de M. Vinsot, vétérinaire à Chartres, qui, pendant qu'il avait des animaux tétaniques dans ses écuries, a pratiqué 71 castrations et cinq autres opérations qui n'ont donné qu'un cas de tétanos, ce qui est une bien faible proportion et ne peut être mis sur le compte de la contagion. Toute conclusion sur l'étiologie du tétanos est donc aujourd'hui prématurée, et la question reste entière. Les faits observés sont contradictoires et l'expérimentation ne l'est pas moins puisque tandis que Nicolaïer et Rosenbach prétendent développer facilement le tétanos par inoculation, les expérimentateurs français et notamment M. Nocard n'arrivent qu'à des résultats négatifs.

5. — M. Verneuil. Tout est contradiction dans l'étiologie et la pathogénie de cette maladie; la thérapeutique est forcément, par cette raison même, en plein empirisme. Il vient aujourd'hui soumettre humblement aux membres du Congrès une hypothèse nouvelle, destinée s'il est possible à servir de fil d'Ariane aux chercheurs de l'avenir. Pour lui, le tétanos serait d'origine animale et *provient du cheval*; tout comme nous tenons la morve de la même espèce animale, le charbon du bœuf, la trichinose du porc. C'est une maladie spécifique, infectieuse, dont le développement est dû à des germes venus du dehors. On le rencontre chez l'homme, le cheval, les singes et peut-être les oiseaux. Quelle que soit l'espèce considérée, c'est toujours la même maladie; s'il est infectieux dans une espèce (et cela est admis pour le cheval), il doit l'être pour l'homme. Il se transmet entre sujets de même espèce et d'espèces différentes. Il procède d'un agent spécial et unique, peut-être un microbe. Le germe pour être pathogène a besoin de la réunion de plusieurs causes; comme cela a lieu pour toutes les maladies rares, il faut des causes multiples. Pour le tétanos ces causes adjuvantes sont : les blessures, permettant l'introduction des germes et le froid qui favorise leur développement. Telles sont les propositions qu'il formule, et à propos rapporte plusieurs faits intéressants. A Noisy-le-Sec, il y avait une endémie de tétanos depuis un temps immémorial. Se basant sur plusieurs observations, il pense que c'est par les déjections du cheval que se propage le tétanos. Il termine en citant les cas de transmission du cheval à l'homme, de l'homme à l'homme, qu'il a pu en peu de jours rassembler.

6. — M. Doyen (de Reims) rapporte un cas de tétanos traumatique. — Obs. 1re. Un jeune homme succomba en trois jours du tétanos à la suite d'une blessure contuse du nerf collatéral externe de l'index gauche. Les accidents ont débuté huit jours après l'accident par des spasmes du membre blessé. A l'autopsie, névrite intense du nerf blessé et du médian jusqu'au poignet. — Obs. 2e. Un enfant de 15 ans se fait une fracture des deux cuisses. La fracture du côté gauche est compliquée de plaie. Suppuration sanieuse. Tétanos 8 jours après l'accident, débutant par des contractures cloniques du membre inférieur gauche. Mort. Pendant la vie, l'examen du pus démontre la présence de bâtonnets, de micrococci en chaînettes et en grappes. Ces derniers se retrouvent dans le sang, particulièrement dans l'intérieur des globules blancs. A l'autopsie, ostéo-myélite infectieuse du fémur. Adénopathie aiguë inguinale et iliaque. — Obs. 3e. En 1885, M. le Pr Cornil obtint en cultivant le sang et la substance cérébrale recueillis peu après la mort chez un tétanique, le *Staphylococcus Aureus et Albus*. — Obs. 4e. Une jeune fille de 16 ans, en voie de guérison d'une plaie par arrachement de la main, est prise 20 jours après l'accident sous l'influence d'un pansement malpropre du tétanos et succombe en trois jours. L'examen de la main amputée démontre le contact du radial et des bourgeons charnus, et un peu de névrite du médian. Les cultures du fragment du radial, du cubital, du médian, au poignet restent stériles. A l'autopsie, les cultures du bulbe, de la protubérance, du foie, de la rate sont produits et donnent des microbes en grappe (Staphylococcus). Le cerveau, la moelle, le rein sont stériles. Ces faits démontrent la coïncidence des accidents tétaniques et d'une septicémie chirurgicale. Il fut impossible de retrouver les bacilles de Nicolaïer. Le tétanos, dans ces quatre cas, ne serait-il pas une modalité de la septicémie, avec localisation spéciale des microbes pathogènes dans les centres nerveux.

7. — M. Bories (de Montauban) rapporte un cas de tétanos traumatique aigu suivi de guérison. Son malade a eu 169 injections de morphine et a absorbé plus de 200 grammes de chloral pendant la durée de la cure. Le traitement qu'il emploie est le

© BIU Santé

suivant pour les cas aigus : isolement du malade placé dans l'obscurité et enveloppé dans de la ouate ou de la flanelle ; injections sous-cutanées de morphine répétées, chloral à hautes doses. Prolonger le traitement jusqu'à cessation de toute contracture.

8. — M. LARGER vient défendre lui aussi la nature infectieuse du tétanos, comme il l'a fait il y a un an à la Société de Chirurgie. Il fait part au Congrès des documents à lui fournis à ce propos par des médecins et professeurs de l'Amérique du Sud. Ces derniers ont constaté la diminution du tétanos dans leur pays depuis l'introduction du pansement antiseptique. Il cite en outre un cas de contagion du tétanos après plusieurs années. A propos de la nature infectieuse de cette maladie, il croit la preuve clinique presque faite en ce qui concerne la médecine humaine comme la médecine vétérinaire, quoique l'expérience soit encore muette à cet égard.

9. — M. BLANC (de Bombay), dans une communication très remarquée, à cause de la compétence toute particulière de l'auteur, expose quelles sont les idées qui aux Indes règnent sur ces questions ardues. Ce chirurgien qui, à Bombay, a un service extrêmement considérable, fait remarquer que depuis l'usage du pansement de Lister, la pyoémie a disparu de ses salles de malades, alors que le tétanos continue à se montrer comme par le passé. Il se montre à l'apogée de la saison chaude et sa fréquence est en rapport avec celle du choléra : les deux maladies lui paraissent avoir une marche parallèle. Il a observé à Bombay une soixantaine de cas pouvant rentrer dans les trois formes suivantes : 1° forme aiguë, durant rarement plus de 5 jours, toujours mortelle, caractérisée par l'*élévation progressive* de la température qui monte jusqu'à 108°, 110° Fahrenheit; 2° forme subaiguë, très fréquemment mortelle (la mort survenant vers le 12e jour ordinairement), à température variable, jamais progressive; 3° Forme chronique, durant de 30 à 60 jours, apyrétique, ayant 3 périodes (progressive, stationnaire, décroissante), se terminant généralement par la guérison.

Il pense que les modifications pathologiques de la moelle sont plutôt des effets que la cause du tétanos, car il ne les a trouvées que dans les cas subaigus ou chroniques, jamais dans les cas foudroyants. Il a cru à un moment donné à l'action thérapeutique du phosphure de zinc dans cette affection, mais il reconnait avoir été induit en erreur par une série heureuse. Il signale le danger de certaines médications, du bromure de potassium, par exemple lorsqu'on le donne à doses continues et raconte que les médecins hindous attachent une grande importance à la constipation ; c'est pourquoi ils traitent le tétanos par les purgatifs. A Bombay, beaucoup de chevaux ont le tétanos, ce qui confirme les idées de M. Verneuil. Il croit que cette maladie est contagieuse et le résultat de quelque chose qui affecte non la plaie, mais l'individu. Il compare la façon dont on prend le tétanos à celle dont on prend le choléra ; pour lui, le tétanos est bu comme le choléra; son germe existe dans l'eau, et c'est par l'eau qu'il se propagerait à son avis.

3. — *Séance du 19 octobre (mardi soir).* — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

Questions diverses.

1. — M. RELIQUET (de Paris). — *Indications et contre-indications de la lithotritie.* — Jusqu'en 1878, la plupart des chirurgiens français, suivant les conseils de Thompson, se servaient du brise-pierre à mors plats et laissaient à l'urine le soin d'entraîner les graviers. A ce moment, Bigelow démontre que le chloroforme nous permet de faire de longues séances. En 1871, M. Reliquet construit son appareil pour la lithotritie, qui rend la prise de la pierre très facile, en faisant tomber la pierre dans son bec femelle. En 1872, il fait son brise-pierre si puissant, que, dès ce moment, avec lui, ne faisant que la séance courte, sans chloroforme, il enlève en une seule séance une pierre de 2 à 2 cent. et demi de diamètre. Il fait toujours l'évacuation par la sonde. Avec le chloroforme, pour les plus grosses pierres de 4 à 5 centimètres de diamètre, il ne fait jamais de séance, broiement et évacuation compris, qui arrive à 30 minutes.

Avec un semblable outillage, il faut que les pierres aient plus de 5 centimètres de diamètre et soient dures pour qu'il ne soit pas possible de les broyer rapidement. Et encore, cela parce que l'urèthre s'oppose à l'entrée d'un brise-pierre suffisant pour ces cas.

Ainsi, il n'y a que la dureté excessive de la pierre, petite ou grosse, que l'état d'intolérance de la vessie, que la fixité de la pierre sur un point de la paroi vésicale qui oblige à renoncer à la lithotritie, et cela en raison de la puissance des instruments qu'il a fait et de l'action heureuse du chloroforme sur l'urèthre, ce qui permet de prolonger les séances.

2. — M. PONCET (de Lyon). — Dans les ostéomyélites infectieuses, etc., il se produit parfois des pertes de substance étendues du squelette et la solution de continuité demande alors plusieurs mois à se combler, le résultat définitif étant d'ailleurs variable. Ce chirurgien a cru que des *greffes osseuses* pourraient donner de bons résultats et a fait à ce propos un essai sur un enfant auquel il avait enlevé le tibia droit, sauf le plateau tibial, à la suite d'une ostéomyélite grave. Le séquestre enlevé avait 30 cent. de long; le périoste fut conservé. Une première tentative de greffes fut faite avec des tranches osseuses provenant d'un nouveau-né, mort une heure avant ; sur 8 greffes osseuses (on avait conservé le périoste sur les portions d'os greffées), 5 ne se nécrosèrent pas. Nouvelle tentative quelques jours plus tard : 9 fragments osseux provenant d'un os de jeune chevreau sont introduits dans la plaie ; 2 se nécrosèrent ; à cette époque, on reconnaissait encore les greffes humaines. Le malade a actuellement un tibia présentable et peut marcher. Donc, la greffe osseuse est possible dans des conditions données, chez les enfants et adolescents par exemple ; elle permet de parer à un raccourcissement du membre atteint. Les greffes doivent être petites (6 à 8 millim. sur 3 à 4 millim.), doivent comprendre le périoste et être empruntées aux régions juxta-épiphysaires des os, c'est-à-dire aux zones d'accroissement. Il faut autant que possible utiliser le squelette humain ou à son défaut choisir de jeunes animaux, détacher les tranches osseuses au bistouri, avoir un bon terrain et choisir le bon moment pour intervenir. Pour pouvoir compter sur la greffe, il faut la tenter pendant la période de réparation de la plaie, alors que les bourgeons charnus font bonne figure; bien entendu, antisepsie parfaite, immobilité absolue.

3. — M. TERRILLON (de Paris). — *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, conséquences anatomiques et opératoires.* Tous les kystes de l'ovaire à pédicule suffisamment long peuvent, s'ils sont libres d'adhérence, tourner sur eux-mêmes ; d'où torsion du pédicule. La torsion ne s'accompagnant pas de compression des vaisseaux de ce pédicule existe, mais n'est qu'une curiosité anatomique. Quand il y a compression, au contraire, il se produit des phénomènes variables très intéressants à connaître pour le chirurgien. Les veines deviennent variqueuses, les artères s'hypertrophient et les vaisseaux finissent par s'oblitérer en un point. Si la torsion est brusque ou rapide, il peut y avoir : détachement du kyste qui devient libre par rupture du pédicule, inflammation vive du kyste et du péritoine, hémorrhagie plus ou moins étendue dans le kyste, rupture des parois ou mortification rapide du kyste. — Lorsque la torsion est lente, il y a œdème des parois, augmentation momentanée du kyste, à moins que des adhérences ne produisent une circulation collatérale. Une conséquence funeste et mal connue de cette torsion est la formation d'adhérences étendues et même totales, suite de péritonite adhésive. Il cite quatre cas qui le prouvent. Que faire en présence de ces accidents? Dans les cas aigus, opérer de suite et le plus rapidement possible, sans recourir à la ponction. Dans les cas chroniques, l'opération est encore très utile; on détruit alors facilement les adhérences récentes qui deviendraient indélébiles plus tard. Enfin, même dans les cas de mortification ancienne, avec adhérences indestructibles, on peut espérer encore la guérison en ouvrant largement le kyste et en le faisant suppurer après drainage.

4. — M. RICHELOT (de Paris) traite du *manuel opératoire et des indications de l'hystérectomie vaginale.* — L'hystérectomie vaginale comprend trois temps : 1° isolement de l'utérus ; 2° traitement des ligaments larges; 3° traitement de la plaie. — Le grand danger de cette opération consiste dans la ligature mal faite des ligaments larges. On ne peut arriver à y

© BIU Santé

assurer rapidement l'hémostase qu'en se servant de pinces longues à pression continue étreignant ces ligaments et laissées à demeure dans la cavité pelvienne pendant 24 à 48 heures. Ce procédé simplifie l'opération, l'abrège dans ses manœuvres intra-péritonéales et assure l'hémostase définitive. C'est un procédé de choix qu'il emploie systématiquement; suture et drainage disparaissent d'ailleurs devant les pinces.

L'hystérectomie vaginale est indiquée dans tous les cas de cancers utérins opérables. C'est la seule opération soutenable, les amputations partielles, sous-vaginale et sus-vaginale, étant insuffisantes, n'écartant pas les récidives. Elle est aussi indiquée dans les affections non cancéreuses de l'utérus : certaines rétroflexions graves, des fibromes peu volumineux à symptômes menaçants; pour les gros fibromes ne pouvant passer entiers dans la filière pelvienne, il faut d'abord les morceler. Cette opération peut être faite aussi pour des prolapsus utérins rebelles.

Ainsi comprise, l'hystérectomie vaginale vaut mieux que l'hystérectomie abdominale et est une opération d'avenir.

5. — M. Duplouy (de Rochefort) cite une observation de M. Baudet, son compatriote, ayant pour titre : *Hystérectomie vaginale par le procédé Richelot.* Sans l'emploi du procédé de ce chirurgien, dit-il, il eut été impossible de mener à bien l'extirpation de l'utérus chez son malade. Cependant, il n'est pas aussi absolu que M. Richelot et formule ainsi ses conclusions : Dans les cas simples, il faut préférer la ligature ordinaire des ligaments larges; dans les cas complexes, utiliser les pinces à demeure qui, alors, sont indispensables au succès. Mais il ne faut pas prolonger l'application de ces pinces pendant plus de 36 heures, sous peine d'avoir de petites eschares, et ce temps-là est suffisant pour assurer l'hémostase.

M. Péan (de Paris), à propos de cette discussion, réclame la priorité du pincement préventif des vaisseaux, méthode qu'il a créée, de même que l'honneur d'avoir inventé les pinces employées dans cette opération. En ce qui concerne la façon d'opérer, il est de l'avis de M. Duplouy; il trouve M. Richelot trop absolu.

M. J. Boeckel (de Strasbourg) a fait dernièrement une hystérectomie vaginale pour un cas de prolapsus utérin rebelle ; il cite ce fait pour montrer que c'est là une indication de l'opération qui ne doit pas être oubliée.

M. Tédenat (de Montpellier) est d'avis qu'il faut faire quelques réserves sur la valeur de l'hystérectomie vaginale.

M. Demons (de Bordeaux) défend les idées de M. Richelot.

6. — M. Le Dentu (de Paris) a opéré dernièrement 8 malades atteints de *varicocèle* et a tenté dans ces cas la *cure radicale*. Il a surtout utilisé le procédé préconisé par M. Horteloup. Voici le résultat de ses investigations au point de vue des critiques à faire à l'opération : 1° Parfois le faisceau antérieur des veines est plus développé; alors le procédé classique d'Horteloup est défectueux; 2° il peut être difficile de maintenir saisi le faisceau veineux postérieur; 3° la suture superficielle laisse quelquefois à désirer, les parties profondes comprimées tendent à faire hernie à travers la section cutanée et il est difficile de bien faire la suture superficielle.— M. Le Dentu a revu 3 de ses opérés, 7 mois environ après. Chez l'un, suppression complète des douleurs et atrophie des veines; chez l'autre, résultat bon, mais port obligé d'un suspensoir; chez le dernier, même chose, il reste quelques veines dilatées. Pour lui, les méthodes simples suffisent dans les varicocèles simples à veines peu développées ; mais les méthodes combinées (celles de M. Guyon, de M. Segond, par exemple) doivent être employées dans les cas graves. A ce propos, il indique le moyen de remplacer les clans ordinairement utilisés par deux grandes pinces courbes ordinaires.

M. Horteloup (de Paris) dit que pour obtenir toujours de bons résultats il faut toujours sectionner les veines postérieures, qu'elles soient malades ou non.

7. — M. Lannelongue lit un travail sur les *tumeurs sanguines extra-crâniennes*. Il existe, pour cet auteur, sur la voûte du crâne, deux variétés distinctes de tumeurs sanguines communiquant avec le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère. Les unes sont d'origine traumatique, consécutives à l'ouverture du sinus longitudinal supérieur dans les veines voisines. Ces tumeurs, où il y a une circulation véritable, sont des anévrysmes veineux. Les autres sont des angiomes proprement dites ; elles sont congénitales et plus fréquentes que les précédentes. Elles apparaissent sur le territoire des veines émissaires, ce qui explique leur communication avec le sinus par des veines situées dans une sorte de pédicule. Dans l'hématome traumatique, il n'y a pas à intervenir; la compression directe, qui n'a jamais été employée, paraît cependant être une méthode à essayer. L'angiome communiquant réclame l'abstention quand il est de petit volume; mais s'il a tendance à s'accroître, il faut l'extirper antiseptiquement en liant son pédicule avec soin. M. Lannelongue a récemment observé un cas d'angiome communiquant, et c'est à propos de ce cas, où d'ailleurs le diagnostic porté fut celui d'angiome simple, qu'il a revu cette question jadis si embrouillée. L'erreur de diagnostic a presque toujours été faite dans les observations analogues publiées antérieurement.

8. — M. Gross (de Nancy) présente quelques considérations sur la *cystotomie sus-pubienne* chez les jeunes sujets. Cette opération est praticable chez les enfants ; elle est facilitée à cet âge par deux conditions : la forme et la position abdominale de la vessie, la situation élevée du cul-de-sac péritonéal. On doit tenter par la suture vésicale totale d'obtenir une réunion par première intention des parois vésicales, mais il ne faut que suturer partiellement les parois abdominales. Au lieu d'une sonde à demeure ordinairement mal supportée par d'aussi jeunes malades, il faut recourir aux cathétérismes répétés toutes les trois heures environ.

M. Poncet (de Lyon), rapporte le cas d'un malade chez lequel il a employé avec succès le drainage de la vessie proposé par M. Demons. Il croit bon de recommander à l'attention de ses confrères ce nouveau procédé (1).

9. — M. Chenieux (de Limoges). *Du drainage et de la réunion primitive.* Le drainage est une prévention contre la réunion primitive des plaies et la compromet souvent. L'un exclut l'autre ; c'est un non-sens chirurgical. Toutes les plaies, si elles sont aseptiques, doivent se réunir par première intention. Il supprime le drainage, même dans des opérations comme la thyroïdectomie, l'ablation de tumeurs volumineuses, et cela alors qu'il y a des ligatures perdues. Dans ces cas, il n'a pas de suppuration si la plaie est bien aseptique.

M. Mollière appuie ces conclusions ; mais il insiste sur la nécessité de l'*asepsie absolue* de la plaie. Il n'emploie plus le drainage depuis quelque temps.

M. Plum (de Copenhague) rapporte un certain nombre de faits qui plaident en faveur de ces idées. Il indique le moyen d'appliquer directement la peau conservée sur les parois de grandes cavités sous-jacentes, de façon à supprimer pour ainsi dire cette cavité et à n'avoir pas à utiliser le drainage. Il insiste aussi sur l'absolue nécessité de faire une parfaite antisepsie avant de songer à supprimer les drains.

M. Poncet (de Lyon) est un partisan convaincu du drainage.

10. — M. Chaumier (du Grand Pressigny) lit un mémoire sur la *pseudo-scrofule au point de vue chirurgical*.

4. — *Séance du 20 octobre* (mercredi matin).

Présidence de M. Perrin.

Ordre du jour : *De la néphrotomie et de la néphrectomie.*

1. — M. le Dentu lit le résumé du remarquable mémoire qu'il a publié récemment dans la *Revue de Chirurgie* sur la *néphrectomie et la néphrotomie*. Il montre ensuite quelles sont les indications et les contre-indications de ces opérations. A leur propos il fait part au Congrès de quelques particularités qui l'ont frappé ; par exemple, la nécessité d'opérer de bonne

(1) Nous avons eu, il y a plusieurs mois, l'occasion de suivre dans le service de M. le Dr M. Sée, à la Maison de Santé, un opéré de taille hypogastrique chez lequel notre maître a eu recours au tube-sonde de Demons. Nous avons pu comparer ce mode d'évacuation des urines, qui n'est pas nouveau, à celui qu'employait journellement M. Guyon en 1885, alors que nous avions l'honneur d'être son externe. Le tube-sonde de Demons, nous l'avouons, ne nous a pas paru plus régulièrement fonctionner que les deux tubes accolés en canon de fusil que M. Guyon fait passer par la section sus-pubienne. (Marc. B.).

© BIU Santé

heure les abcès du rein ; il pense qu'on attend trop longtemps avant d'inciser. Il est vrai que, pour opérer, il faut être certain du diagnostic ; aussi croit-il bon de recommander la pratique de Simon de Heidelberg qui, pour reconnaître la fluctuation soupçonnée aux abords du rein, n'hésite pas à chloroformer le malade. On lui a reproché de n'avoir pas dans son travail, donné une certaine place à l'expérimentation ; s'il n'en a pas parlé davantage, c'est que l'expérimentation cadavérique chez un sujet normal n'apprend pas beaucoup de choses sur une pareille question, puisque ordinairement lorsqu'on pratique ces opérations on a affaire à des tumeurs assez volumineuses. Il recommande les incisions courbes et combinées, sans cependant encourager les chirurgiens à faire de vastes incisions. En opérant ainsi, en effet, ne pouvant pas faire la suture musculaire, on a consécutivement des éventrations. La méthode de morcellement préalable des grosses tumeurs préconisée par Péan dans certains cas rend des services. Après avoir analysé un travail de Holl sur les rapports des côtes avec les reins, et montré qu'il fallait autant que possible ne pas réséquer la 12e côte de crainte de blesser la plèvre (ce qui n'a pas d'ailleurs des inconvénients très grands ordinairement), il termine en présentant l'aiguille spéciale qui lui permet de faire facilement la ligature des vaisseaux dans la plaie profonde résultant de l'ablation du rein. Pour lui, la néphrectomie a plus d'avenir que la néphrotomie, car elle donne plus de succès définitifs. La néphroraphie est peut-être préférable à la néphrectomie dans les cas des reins flottants.

2.—M. Lucas-Championnière (de Paris) a fait une néphrotomie et trois néphrectomies, dont une guérison et deux morts. Il rapporte en détail ces trois observations : dans l'une, où il y a eu anurie absolue pendant 13 jours, il a constaté que cette anurie était due non pas à une action réflexe sur le rein sain, mais à une absence de ce rein alors que l'uretère du côté malade était complètement oblitéré. Pour ce chirurgien, la néphrotomie est plus simple que la néphrectomie ; c'est par elle qu'on doit commencer à traiter les néphrites suppurées, surtout si le malade est affaibli. L'opération extra-péritonéale est toujours moins dangereuse. Pour le diagnostic précis des lésions réclamant de telles interventions chirurgicales, il avoue ne pas obtenir beaucoup de renseignements par le palper de la région rénale, et le cathétérisme uretéral est une illusion. Si on a des doutes, il vaut mieux carrément ouvrir le ventre pour savoir à quoi on a affaire. Le choc opératoire est grave dans la néphrectomie, mais la néphrotomie n'est pas une opération très laborieuse. Lui aussi a inventé une aiguille spéciale pour faire les ligatures dans ces opérations.

3.— M. Bouilly (de Paris), relate quatre observations de néphrotomie et néphrectomie qu'il a pratiquées. 1er cas : suppuration rénale ancienne, néphrotomie. A propos de cette observation, il insiste sur un symptôme peu connu des abcès rénaux, une *cystalgie* rebelle sans lésions vésicales, purement symptomatique de la lésion du rein, et sur la nécessité de faire une grande incision rénale, d'ouvrir toutes les poches purulentes contenues dans l'organe. Souvent en effet, les opérations rénales sont polykystiques et les poches sans communication les unes avec les autres. 2e Cas : Suppuration rénale et phlegmon périnéphrique ; on fit la néphrotomie. Dans ces deux cas une intervention localisée, une opération partielle a donné de bons résultats. 3e et 4e Cas : Pour deux reins flottants douloureux, deux néphrectomies avec guérison.

4. — M. Demons (de Bordeaux) relate deux observations, l'une de néphrotomie pour abcès du rein, l'autre de néphrectomie pour sarcome du rein.

5. — M. Malherbe (de Nantes). — Ce chirurgien a fait la néphrectomie pour un abcès du rein et a éprouvé les plus grandes difficultés dans l'extirpation de l'organe.

6.— M. Schwartz (de Paris) cite l'observation d'une jeune fille de 18 ans présentant des symptômes de cystalgie vésicale, des hématuries répétées, puis plus tardivement des tiraillements lombaires et du pus dans l'urine. L'exploration sous le chloroforme fit sentir une tumeur très nette, située profondément. La ponction exploratrice donna un liquide purulent sans bacilles ; on fit la néphrectomie transpéritonéale. M. Schwartz insiste sur la cystalgie et, d'autre part, croit qu'il a mieux fait dans ce cas de traverser le péritoine que de passer par un chemin détourné.

7. — M. Reliquet parle de trois malades, l'un atteint de cancer du rein, les deux autres d'abcès du rein. Tous les trois avaient des vomissements incoercibles, des douleurs rénales violentes et des envies fréquentes d'uriner avec douleur. Chez tous, l'urine avait diminué de quantité ; les malades atteints d'abcès avaient de 3 à 400 grammes d'urine, dont la moitié de pus. Le cancéreux rendait 60 grammes d'urine par 24 heures.

Chez ces trois malades, aussitôt la néphrectomie faite, tous les accidents : vomissements, douleurs, envie fréquente d'uriner, douleur en urinant, ont cessé, et dans les 24 heures qui ont suivi, les urines étaient en quantité normale.

Ces faits conduisent M. Reliquet à proposer la néphrectomie dans les cas d'anurie calculeuse, lorsque celle-ci, par sa durée, met la vie en danger.

8. — M. Doyen (de Reims). —*Deux opérations de néphrectomie. Etude histologique d'un rein atteint d'hydronéphrose aiguë par suite de l'oblitération aseptique de l'uretère. Manuel opératoire de la néphrectomie. Quelques remarques sur la fermentation de l'urine, à propos d'un cas d'hydronéphrose suppurée. Description d'un procédé nouveau permettant de faire le diagnostic différentiel entre la cystite et la pyélonéphrite suppurée.* — 1re Observation : Fistule urétèro-cutanée à la suite de la blessure de l'uretère gauche pendant l'ablation d'un kyste du ligament large. L'uretère est fixé par des crins de Florence dans une étroite incision de la paroi abdominale, l'extrémité déborde la peau et se trouve liée sur un tube de caoutchouc résistant lui-même fixée par un crin de Florence à la peau et qui conduit directement l'urine sans mouiller le pansement dans un bocal plein d'eau boriquée. Guérison. 350 c. c. d'urine par l'urèthre après l'opération. Au bout de trois semaines, 500 c. c. La cinquième semaine, la fistule uretérale se ferme spontanément. Hydronéphrose aiguë. Néphrectomie d'urgence par la voie lombaire ; une seule incision verticale et section des attaches du carré lombaire à la crête iliaque. Le rein extirpé mesure 20 centim. de longueur. Examen histologique : Dilatation de la capsule de Bowmann. Atrophie des glomérules. Dilatation des tubuli. Aplatissement des épithéliums. Absence d'infiltration embryonnaire des espaces conjonctifs. Œdème mécanique de ces mêmes espaces.

2e Observ. : Pyélo-néphrite calculeuse suppurée. Fièvre hectique. Néphrectomie in extremis. Ablation d'un rein polykystique suppuré s'étendant de la 9e côte en arrière à l'épine iliaque antéro-supérieure. Mort. Ce cas est intéressant par le volume énorme de la tumeur extirpée, par les difficultés de sa décortication. La néphrotomie eût été complètement inefficace par suite de l'impossibilité de vider toutes les poches purulentes et de l'inconvénient grave qu'il y a de laisser au fond de la plaie des parties vouées à une suppuration prolongée.— Les cultures de l'urine en fermentation, dans ce cas de pyélo-néphrite et dans divers cas de cystite, m'ont démontré que la fermentation de l'urine est très complexe. Les microbes de la suppuration à eux seuls ou bien mieux divers bacilles peuvent la provoquer. Pour ce qui est du diagnostic différentiel de la cystite purulente et de l'hydronéphrose suppurée, on le fait aisément en pratiquant un lavage parfait de la vessie avec la sonde de Bigelow ou la sonde aspiratrice de Guyon. Quand l'eau Boriquée sort bien claire, on attend 4 à 5 secondes environ. On palpe méthodiquement les régions rénales, puis on sonde de nouveau. S'il y a cystite simple, la sonde introduite de nouveau ne donne issue qu'à de l'urine claire ; sinon le liquide purulent venant directement du bassinet s'écoule aussitôt, témoin de la suppuration des voies urinaires supérieures.

9.—M. Ollier expose ce qu'il entend par *néphrectomie sous-capsulaire*. Cette néphrectomie consiste dans l'ablation du rein faite de telle sorte qu'on laisse en place sa capsule *fibreuse* ; la séparation du parenchyme rénal de cette capsule résistante se fait facilement avec la main, sans instrument. Elle est préfé-

© BIU Santé

rable, et plus facile, dans quelques cas au moins, à l'opération qui consiste à extraire le rein du milieu de sa capsule *adipeuse* (pseudo-capsule), car souvent il y a des adhérences très intenses et insurmontables entre ces deux capsules fibreuse et adipeuse. Il est vrai, il le reconnait, qu'elle n'est pas applicable à tous les cas, surtout si les reins sont à peu près sains, et, dans ce cas, il est plus simple de cheminer dans la capsule adipeuse. Elle a l'avantage de diminuer les chances d'hémorrhagie et la capsule fibreuse qui reste en place est une barrière forte, très utile à plusieurs points de vue.

En ce qui concerne les incisions dans la néphrectomie, il faut les faire aussi longues qu'il est nécessaire pour avoir un jour suffisant. — La suture musculaire dont a parlé M. Le Dentu est possible et réussit très bien. — Il termine en citant plusieurs phénomènes réflexes qu'il a observés comme se produisant après cette opération ; il les explique par la ligature du pédicule du rein, se basant sur les expériences physiologiques (ligature des plexus rénaux). Ces phénomènes consistent en changements brusques, survenant dans la circulation sanguine et placés sous l'influence des nerfs vaso-moteurs ; au bout de 13 jours après l'opération, il a vu une sialorrhée si abondante que le malade a rendu 1 litre 1/2 de salive en 1 heure.

10. — M. Jeannel (de Toulouse) cite une observation de *néphrectomie suivie de mort où la tumeur rénale ne fut reconnue qu'au cours d'une laparotomie pratiquée pour une obstruction intestinale*. L'intestin était comprimé par la tumeur. Les cas d'obstruction intestinale dans lesquels il y a compression de l'intestin sont rares ; ce sont surtout les tumeurs du mésentère qui déterminent ces accidents. Il est curieux de noter que la tumeur dans l'observation en question présentait un prolongement intra-mésentérique. M Jeannel se demande si en présence d'une tumeur du rein s'accompagnant d'accidents d'etranglement interne on ne devrait pas songer à une infiltration intra-mésentérique.

11.—M. Péan vient faire connaître les *méthodes qu'il emploie pour pratiquer la néphrectomie et la néphrotomie*. Il cite les conclusions de la thèse de son interne, M. Brodeur, travail très consciencieux. Il préfère la voie lombaire, n'hésite pas à faire le morcellement quand c'est utile et pense que la néphrorhaphie, pour rein flottant, suffit souvent.

12. — M. Boeckel (de Strasbourg) rapporte un cas *de kyste hydatique du rein* pour lequel il a fait la *néphrectomie transpéritonéale*. C'est la première fois qu'on pratique cette opération pour une telle affection. Il n'a recueilli que 17 cas de kystes hydatiques du rein.

4. — *Séance du 20 octobre* (mercredi soir).

Présidence de M. Guyon.

a). — *Continuation de la discussion sur la néphrotomie et la néphrectomie.*

1. — M. Segond (de Paris) communique deux cas de néphrectomies pratiquées l'une pour une hydronéphrose supposée, l'autre pour un rein flottant, toutes les deux ayant été suivies de guérison. Cette opération a encore rarement été faite pour ces 2 affections (22 fois pour rein flottant, 26 pour hydronéphrose, Brodeur). Dans le 1er cas, il a eu à combattre une hémorrhagie épouvantable pendant l'acte opératoire malgré une opération sous-capsulaire. A propos du 2e, rein très flottant à long pédicule, il fait remarquer que les reins *très flottants* n'ont pas toujours un long pédicule. M. Polaillon ayant dit que dans ces cas on ne doit pas faire de néphrectomie transpéritonéale, il croit devoir affirmer qu'on peut se trouver bien d'opérer ainsi. L'utilité de la néphroraphie ne lui paraît pas démontrée pour les reins flottants.

2. — M. Trélat (de Paris) a trois néphrectomies à son actif ; aujourd'hui il ne veut faire part au Congrès que d'un certain nombre de réflexions à lui suggérées par ses lectures et son expérience personnelle. La néphrectomie lui paraît indiquée surtout dans les cas de trauma du rein, de tumeurs, de fistules rénales persistantes et bien entendu dans les cas de rein flottant douloureux. Dans les autres cas, inflammations et complications, (calculs rénaux et leurs conséquences, hydronéphrose suppurative dans les calices, bassinets), on peut hésiter entre néphrotomie et néphrectomie ; aussi dans ces derniers cas l'acte opératoire doit-il être conduit de telle sorte que l'on puisse passer sans peine d'une opération à l'autre. Indiscutablement c'est la méthode lombaire qui est alors indiquée, tandis que pour les tumeurs (1re catégorie), le choix de l'incision lombaire s'impose moins nettement. Quand une tumeur du rein est proéminente vers l'abdomen, sans phénomène indiquant que le rein est l'organe atteint, à cause du siège de la tumeur et de l'incertitude du diagnostic on est forcé de recourir aux méthodes transpéritonéales, et il est des cas où la néphrectomie transpéritonale est vraiment utile, quoiqu'on soit obligé de traverser deux fois le péritoine. La méthode qu'il appelle *parapéritonéale* est une voie détournée, indiquée cependant quand la tumeur fait une saillie notable au niveau du flanc et sur le côté ; elle consiste à cheminer entre le péritoine et la paroi abdominale sectionnée sur le côté.

b). — *Questions diverses.*

1.— M. Reclus (de Paris), fait une communication sur la *tuberculose primitivement développée dans les bourses*. Pour cet auteur, le fongus bénin du testicule d'origine tuberculeuse est dû à une fonte purulente d'une gomme des bourses et non pas à un foyer épididymaire qui déterminerait consécutivement une ulcération du scrotum. Il cite pour défendre cette thèse deux observations où l'on a pu voir la tuberculose progresser de la peau vers le testicule. La peau s'étant ulcérée par suite de l'élimination d'un dépôt tuberculeux primitif des bourses, le testicule a passé ensuite au dehors à travers l'ouverture produite ; ceci permet de comprendre pourquoi l'opération que Syme (d'Edimbourg) pratique dans les cas de fongus tuberculeux a pu donner tant de succès. On sait qu'il se borne à rentrer le testicule dans sa cavité habituelle et à suturer par-dessus les enveloppes scrotales.

2. — M. Berger (de Paris), indique le *Manuel opératoire de l'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc* ; il l'a déterminé avec l'aide de M. Farabeuf. Cette amputation interscapulo-thoracique a été faite 49 fois et a donné 80 0/0 de succès. Le manuel opératoire a été établi en étudiant les observations publiées ; le point important est la section des vaisseaux sous-claviers entre deux ligatures, après résection préalable de la clavicule, ce que M. Ollier a bien montré le premier.

M. Ollier croit que dans les cas de tumeur nécessitant cette opération on fait comme on peut ; il n'est donc pas souvent facile d'employer le procédé décrit par MM. Farabeuf et Berger.

3. — M. Lannelongue, rapporte un cas de *disjonction des sutures du crâne* chez l'enfant et à ce propos rappelle les faits publiés. Que deviennent ces disjonctions après l'accident, ordinairement conséquence d'une fracture du crâne ? Dans certains cas, la fissure s'élargit par développement consécutif du crâne et il peut se produire une légère hernie du cerveau ; dans d'autres elle diminue par les progrès de l'âge chez les enfants au moins, et on a pu constater la production nouvelle de substance osseuse en son lieu et place. Chez les enfants ces disjonctions se font ordinairement le long de la suture médio-frontale pour l'os coronal, ce qui s'explique par le développement de cet os.

4.— M. Tillaux (de Paris), présente quelques réflexions sur la *suture des nerfs* et en particulier sur celle du nerf médian. Un nerf étant coupé, il peut dans le domaine du bout périphérique y avoir oui ou non sensibilité ; si elle existe, c'est qu'il y a dans le bout périphérique des filets de sensibilité recurrente ; si elle n'existe pas, c'est qu'il n'y en a pas. — Le bout inférieur du nerf coupé s'amincit et s'effile ; le bout supérieur se renfle en bulbe ou olive, si les deux bouts restent éloignés. Si plus tard la sensibilité, d'abord absente dans le domaine du bout périphérique, s'y rétablit, c'est qu'il y a eu régénération nerveuse (expériences de Ranvier sur les animaux ; constatations cliniques de M. Tillaux chez l'homme). M. Tillaux prétend qu'il a vu la *suture primitive* d'un nerf, au moment de l'accident, permettre le rétablissement immédiat de la sensibilité dans le domaine du bout périphérique, alors qu'avant elle était nulle ; voilà qui est nouveau et intéres-

© BIU Santé

sant, qui n'a jamais été admis par les physiologistes se basant sur des expériences pratiquées chez les animaux, d'ailleurs dans de mauvaises conditions, il faut l'avouer. Cette contradiction entre la physiologie et la clinique reste encore inexpliquée. D'autre part, la *suture secondaire* réussit aussi parfois à *ramener immédiatement* la sensibilité dans la partie paralysée, après cicatrisation des deux bouts ; même après quatorze ans. M. Tillaux a vu se rétablir cette sensibilité. Conclusion : on doit toujours tenter, même longtemps après la section, la suture d'un nerf ; ce résultat est encore peu facile à expliquer. Il termine en indiquant comment on doit pratiquer cette suture.

M. Tripier discute avec juste raison les interprétations physiologiques fournies par M. Tillaux.

5.—M. Vaslin (d'Angers). — *Des indications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, fractures et contusions.* 1re obs. Epilepsie traumatique consécutive à l'enfoncement de la table interne, région pariéto-frontale droite, trépanation et extraction du séquestre huit mois après l'accident. Guérison. — 2e obs. Phénomènes de compression cérébrale, consécutifs à une chute sur la région pariéto-occipitale droite. Extraction d'un large séquestre comprenant les deux tables et le diploé, suivie de l'évacuation d'une collection purulente intra crânienne. Cessation immédiate des accidents, guérison rapide.

6.—M. Lucas-Championnière a pratiqué dix fois la *résection du genou*, neuf fois pour des arthrites tuberculeuses, une fois pour une arthrite déformante. Cette opération ne lui paraît pas recommandable chez les jeunes enfants ; quoiqu'on ne fasse pas souvent de résection après 50 ans, il en a fait une chez un homme âgé de 54 ans, et avec succès. Pour pouvoir pratiquer cette opération avec quelques chances de succès, il faut avoir une peau bonne, présentant peu d'orifices fistuleux ; l'opération doit être faite largement et les fongosités tuberculeuses doivent être enlevées avec le plus grand soin. Il enlève les drains du 4e au 10e jour, soigne le pansement d'une façon spéciale, exige une immobilité absolue au début et ampute la cuisse lorsque la suppuration devient longue et abondante.

M. Dumesnil (de Rouen) a fait une résection du genou et a observé à la suite une flexion tardive, secondaire de la jambe sur la cuisse, sans que la réunion osseuse se soit démontrée en apparence.

M. Ollier ne pratique pas cette opération au-dessous de 12 ans et ampute toujours après 50 ans, sauf dans les cas traumatiques. Il conserve les ligaments latéraux du genou quand il le peut et cherche une réunion aseptique, sans fièvre, sinon tout à fait immédiate. Il a vu un cas analogue à celui cité par M. Dumesnil ; on a donné plusieurs explications de ce fait, décrit par des chirurgiens allemands. Cette flexion tardive serait due : ou bien à un accroissement irrégulier du cartilage de conjugaison scié inégalement sur l'un des os, ou bien à ce que la réunion osseuse n'est souvent qu'apparente et n'est que fibreuse, d'où flexion possible par rétraction des muscles de la cuisse.

M. Dumesnil pense que la seconde explication seule peut être admise dans le cas cité par lui.

7. — M. Leriche (de Mâcon). — *Tumeur coccygienne congénitale.* Ce chirurgien a pratiqué l'ablation d'une énorme tumeur coccygienne, constituée : 1° Par un kyste multiloculaire adhérent à l'intestin et à un *spina bifida* trilobé ; 2° Par une masse volumineuse de tissu adipeux, contenant à son centre un petit fibrome, fistule intestinale consécutive. Cette tumeur a de l'analogie avec celle récemment décrite à la Société de chirurgie par M. Kirmisson ; elle en diffère pourtant par l'apparition de la masse graisseuse, et surtout par le cloisonnement et le feutrage du kyste, rappelant les kystes prolifères de l'ovaire. Il ne croit pas qu'on ait encore signalé de dispositions semblables dans cette région.

8. — M. Pamard (d'Avignon) a *enlevé un tibia* dans un cas d'ostéomyélite aiguë. Il montre le tibia extirpé et le nouveau tibia qui s'est reproduit ensuite ; dans le cours de cette opération, il a pu constater que le périoste ne joue qu'un rôle passif dans l'ostéomyélite.

M. Ollier insiste sur l'intérêt de la pièce présentée ; on y voit bien comment s'est reproduit le tibia et le processus d'ossification.

9. — M. Malherbe (de Nantes) rappelle qu'il y a plusieurs années déjà il a démontré l'existence de l'*épithéliome calcifié* (thèse de Harel), et que cependant on connaît encore mal cette sorte de tumeur. — D'autre part, il prouve que le *tubercule sous-cutané douloureux* est un *myôme à fibres lisses* ; toutes les tumeurs appelées ainsi et qu'il a examinées présentaient cette structure histologique. *(A suivre.)*

Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 octobre 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Brown-Séquard fait connaître des expériences démontrant que *la rigidité cadavérique ne dépend ni entièrement ni principalement de la coagulation de diverses substances albumineuses dans le tissu musculaire*, comme le soutiennent aujourd'hui la plupart des physiologistes, à la suite de Brücke, de Kuhne et de Wandt. Durant la période dans laquelle le muscle passe de son état de souplesse à celui de rigidité, il se modifie très fréquemment, non pas, comme on le suppose, en devenant régulièrement de plus en plus raide, mais en faisant alternativement des progrès vers la rigidité et des retours vers la souplesse. Or, une coagulation de substances albumineuses ne pourrait se faire et se défaire alternativement. D'autre part, la raideur *post mortem* peut réapparaître après qu'on l'a détruite : plus elle se montre rapidement, plus est faible la puissance que possèdent les muscles de se rigidifier de nouveau après un déraidissement complet ; il est évident que cette raideur ne pourrait pas se montrer de nouveau si elle dépendait de la coagulation de substances albumineuses. Enfin, en faisant jouer à l'aide d'un moteur hydraulique presque tous les muscles d'un membre pendant sept ou huit jours, on constate, pendant tout ce temps, que la rigidité ne se montre pas et qu'elle apparaît au contraire rapidement lorsqu'on cesse de faire mouvoir le membre : or, les mouvements n'empêcheraient pas la coagulation des substances albumineuses, le battage de la fibrine le démontre incontestablement.

M. Vulpian continue ses recherches sur *la persistance des phénomènes instinctifs et des mouvements volontaires chez les poissons osseux, après l'ablation des lobes cérébraux.* Une carpe, sur laquelle on avait pratiqué cette opération, a survécu pendant six mois et a succombé par empoisonnement de l'eau dans laquelle elle vivait. Pendant tout cet intervalle, ce poisson voyait très bien, il entendait, il avait conservé le goût ; la sensibilité tactile persistait ; l'odorat seul, parmi les sens, était aboli par suite de la section des processus olfactifs. L'examen anatomique a montré que les lobes cérébraux et la glande pinéale avaient été très complètement enlevés et que le reste de l'encéphale (lobes optiques, cervelet, lobes postéro-supérieurs du bulbe) était tout à fait intact. Comme l'avait indiqué Steiner, l'instinct et la volonté, facultés dont le siège, chez les batraciens, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, paraît être dans les lobes cérébraux, peuvent donc se manifester chez les poissons osseux (après l'ablation complète de ces lobes.

M. A. Poncet a pensé qu'il serait possible, dans les cas de nécroses étendues consécutives aux inflammations aiguës des os longs, de reconstituer le squelette absent, d'aider *à la formation d'un os nouveau par des greffes osseuses* faites dans des conditions déterminées dont on ne s'était pas encore préoccupé. Il rapporte l'observation très intéressante d'un enfant de onze ans atteint d'ostéomyélite infectieuse, auquel presque tout le tibia droit avait été enlevé, et qui, traité par ce nouveau procédé, a présenté, six mois après l'opération, dans toute la longueur de la jambe droite, une masse osseuse, solide et résistante. M. Poncet déclare donc que, dans les pertes étendues du squelette, traumatiques mais surtout spontanées, devant compromettre l'usage d'un membre, on devra essayer les greffes

© BIU Santé

osseuses comme moyen thérapeutique. Les fragments devront être petits : ils seront empruntés de préférence aux parties du squelette où l'ossification est le plus active, aux régions juxta-épiphysaires voisines du cartilage d'accroissement ; ils comprendront le périoste. Toutes les fois que la chose sera possible, on utilisera le squelette de nouveau-nés, d'enfants ; on pourra également se servir de greffes empruntées à de jeunes animaux. Le terrain, au point de vue de la réussite des greffes, joue un rôle important. Une immobilisation parfaite et de grandes précautions antiseptiques sont nécessaires (1).

MM. Giard et Bonnier décrivent un nouvel *Entoniscus*, parasite des crabes, qu'ils ont découvert à Concarneau.

M. de Sanderval rapporte de nouvelles recherches sur *le vol plané*.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 octobre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Gellé fait une communication sur *le rôle de la sensibilité du tympan dans l'orientation du bruit*. Quand un son frappe notre oreille, dit-il, nous en rapportons la source au point de l'horizon vers lequel se trouve dirigé le conduit auditif externe au moment où nous éprouvons la sensation acoustique la plus intense. On admet que nous prenons connaissance de la direction du son par la conscience des mouvements de la tête et du corps, effectués pendant la recherche du maximum. M. Gellé a pu étudier ce sujet sur plusieurs malades hystériques du service de M. Charcot et conclut à l'efficacité du rôle de la sensibilité tympanique. Sur un homme atteint d'une anesthésie générale complète, ayant la vue et l'ouïe intactes, il a constaté l'impossibilité absolue des deux tympans et des conduits auditifs. Or, cet homme ne pouvait, les yeux fermés, dire de quel côté était portée la montre qu'il entendait d'ailleurs très bien. Chez d'autres anesthésiques partiels il a pu faire la contre-épreuve.

M. Brown-Séquard dit que, lorsqu'on fait une hémisection de la moelle, on produit des mouvements dans les membres, beaucoup moins considérables que lorsque la section est complète, les conditions étant, dans le premier cas, beaucoup plus favorables à l'inhibition que dans le second.

Le même auteur dit encore que la rigidité cadavérique ne saurait être considérée comme le résultat de la coagulation de la filane dans ces muscles, car, lorsque apparaît cette rigidité, il suffit, pour l'empêcher de se produire, il suffit de faire exécuter des mouvements aux membres, et ces mouvements ne sauraient empêcher la coagulation de s'effectuer.

M. Hénocque présente un hématospectroscope double, à fente unique, disposé de façon à ce que deux personnes puissent observer en même temps le même phénomène spectroscopique et se contrôler réciproquement.

M. Quinquaud présente une note de M. Pinet sur l'action antiseptique du *salol* (salicylate de phénol).

M. Quinquaud se sert d'un procédé qu'il estime très efficace dans la recherche des albuminoïdes contenus dans les urines. Avec les procédés ordinairement employés en clinique, on risque souvent de ne pas découvrir l'albumine, alors que l'examen du sang révèle nettement qu'elle doit exister. L'urine est préalablement filtrée ; on y ajoute alors quelques gouttes d'une solution titrée de sulfate de cuivre et, en chauffant, on voit apparaître une couleur rouge-violet caractéristique.

M. Grimaux dit que cette réaction est également fournie par tous les colloïdes azotés de synthèse.

M. Beauregard remet une note de M. Danisz sur la *multiplication des Euglènes*.

M. Gréhant a recherché comment on pourrait éviter les accidents d'asphyxie qui sont causés si souvent par l'air irrespirable des puits. Il serait indispensable, avant toute tentative, de descendre dans un panier un petit animal, un lapin, un cobaye ; s'il revient vivant, la descente peut s'effectuer. Sinon il faut alors renouveler l'air du puits, ce qui n'est pas toujours facile. A la suite des expériences qu'il a instituées, il conseille de descendre jusqu'au fond un large tuyau de tôle muni à sa partie supérieure et extérieure d'une grille où l'on peut allumer des charbons. De cette façon, la combustion détermine un tirage d'appel qui permet de vider le puits des gaz irrespirables remplacés alors par l'air atmosphérique pur. Peut-être, devrait-on procéder progressivement et en plusieurs fois, s'il s'agissait de l'acide carbonique dont la densité pourrait singulièrement contrebalancer le tirage.

M. Javal dit que certain nombre d'astigmates ou tout au moins d'individus considérés comme tels présentent cette configuration de la cornée à laquelle il a donné le nom de décentrage. Certains calculs lui ont permis de remédier à cet inconvénient méconnu et mal compensé jusqu'alors par les procédés ordinaires.

M. Brown-Séquard dit qu'on fait grand bruit en Allemagne de certains procédés récemment découverts, paraît-il, pour ranimer l'action cardiaque dans certains cas de syncope inorganique. Il tient à rappeler qu'il a depuis longtemps signalé ces procédés qui sont au nombre de trois surtout : élévation des membres inférieurs, la tête restant en bas ; action directe par pression sur le cœur ; légère incision de la peau au-devant de la trachée ou excitation des environs de cet organe au moyen d'une forte faradisation.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 octobre 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. Rochard présente à l'Académie une série de propositions relatives à l'*alcoolisation des vins* et adoptées par une commission spéciale : 1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, c'est-à-dire le vinage ; mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucre en poudre blanche, ou sucre raffiné ; 2° les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés ; 3° l'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool ; 4° les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à leur fabrication soient absolument purs ; 5° l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

M. Constantin Paul lit un *rapport* concernant l'étude expérimentale de l'*insuffisance aortique*, par M. Franck. M. Franck, détruisant les valvules aortiques, a produit la variété d'insuffisance, dite de Corrigan, qu'il ne convient plus de confondre aujourd'hui avec l'insuffisance de Hodgson, par dilatation de l'aorte. Au début de l'insuffisance expérimentale de Franck, on observerait une intermittence et un arrêt des pulsations cardiaques. La réparation ne tarde pas à se produire et doit être attribuée à une activité fonctionnelle plus grande des nerfs. L'hypertrophie du cœur n'est pas proportionnée à la grandeur de l'insuffisance, ce qui est une contradiction formelle avec les données de la clinique. Tout autre bruit que le souffle diastolique implique une lésion surajoutée.

M. Cornil fait une communication sur l'*injection de médicaments gazeux dans le rectum*. — Toutes les fois que l'on mêle à l'acide carbonique un gaz médicamenteux, ce gaz introduit dans le rectum est éliminé par les alvéoles pulmonaires, d'où une série d'applications thérapeutiques.

M. Bergeon (de Lyon) a publié plusieurs résultats de ce genre très encourageants pour l'avenir. Pénétré de ces notions nouvelles sur le traitement des affections pulmonaires, M. Chantemesse eut l'idée de les appliquer et de les contrôler sur plusieurs malades de son service à l'hôpital Saint-Antoine : c'est ainsi que deux asthmatiques auraient largement bénéficié de ces lavements de gaz car-

(1) Voir *Congrès de chirurgie*. Cette note doit être complétée par ce qu'on lit page 885.

© BIU Santé

bonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées. Il en aurait été de même chez neuf malades tuberculeux, dont la situation se serait remarquablement améliorée.

MM. DE BEURMANN ET PRENGRUEBER présentent une jeune fille, âgée de 12 ans, à laquelle on pratiqua la *pneumotomie* pour une *pleurésie purulente interlobulaire*. Cette enfant était malade depuis plus de quatre ans, a eu plusieurs hémoptysies et a vomi du pus, fétide, en notable quantité. La fièvre qui s'était montrée dès le début de l'affection, parut s'amender un moment pour réapparaître, dans ces derniers temps, plus intense et plus tenace. Il y eut ainsi une dizaine de rechutes. L'examen minutieux, auquel se livra M. de Beurmann, lui permit de reconnaître l'existence d'une excavation considérable siégeant à la partie moyenne du poumon droit. Il est probable qu'il s'est agi soit d'une gangrène d'origine inflammatoire consécutive à la mortification d'un foyer broncho-pneumonique, soit d'une pleurésie interlobulaire suppurée et ouverte dans les bronches. La tuberculose était écartée pour diverses raisons plus plausibles les unes que les autres, l'idée d'une pneumotomie parut s'imposer. Le point fixé par M. de Beurmann comme étant celui au niveau duquel la caverne était le plus facilement accessible, correspondait à la partie antéro-latérale de la poitrine et était placé sur le trajet d'une ligne verticale passant par l'angle inférieur de l'omoplate, à trois travers de doigt au-dessous de cet angle. A ce niveau, M. Pengrueber tailla un lambeau cutané en forme d'U à base supérieure et qui fut relevé vers la partie supérieure. Grâce à la rétraction de la peau voisine, il en résulta une plaie, assez régulièrement circulaire, d'environ dix centimètres de diamètre, au fond de laquelle on voyait les fibres du grand dorsal. Ce muscle fut divisé au moyen d'une incision cruciale et écarté de façon à découvrir les cinquième et sixième côtes dans une étendue de six à sept centimètres. Le périoste de la sixième côte fut incisé longitudinalement, puis décollé à la rugine par en bas, par en haut, et enfin à la partie postérieure. Le décollement fut conduit avec les plus grandes précautions, surtout au niveau de la gouttière costale, afin de respecter les vaisseaux et les nerfs. La côte ainsi dégagée, il fut facile d'en réséquer cinq centimètres au moyen d'une double section faite au sécateur. Cette manœuvre fut répétée sur la cinquième côte. La paroi thoracique était ainsi percée par une large fenêtre quadrilatère dont les côtés horizontaux avaient 5 centimètres de large, les côtés verticaux 7 à 8. Au fond de cette fenêtre, on avait la plèvre pariétale, intimement unie à la plèvre viscérale et au poumon, que l'on voyait s'abaisser et se gonfler à chaque respiration. Restait à inciser le poumon jusqu'à la caverne. Cette incision porta sur toute la largeur de la fenêtre dans sa partie la plus déclive ; elle fut faite au thermomètre, modérément chauffé. A peine eut-on effleuré les tissus, que l'on put entendre la crépitation spéciale due à la sortie des bulles d'air contenues dans les alvéoles ouvertes par l'instrument. M. Prengrueber sectionna une épaisseur d'environ trois centimètres de poumon, et il put constater que ce poumon sain était fortement tassé. Arrivé à cette profondeur de 3 centimètres, l'instrument pénétra dans une cavité par laquelle sortit un air méphitique accompagné de quelques sécrétions bronchiques. L'incision fut d'abord agrandie dans toute la largeur de la fenêtre pariétale, puis on fit une seconde incision perpendiculaire à la première.

Cette section-incision fut faite entre deux pinces dont l'un des mors était introduit dans la caverne, tandis que l'autre restait au-dessus. Ces pinces furent laissées à demeure suivant la méthode de Péan. Aucun lavage de la cavité ne fut pratiqué. Le lambeau cutané fut suturé dans sa partie inférieure ; on plaça un gros tube dans la cavité et on fit un pansement à l'iodoforme. Le malade ne perdit presque pas de sang et l'opération avait duré trois quarts d'heure. L'administration du chloroforme fut accidentée. Les suites opératoires furent simples. Dès le lendemain, on put enlever les pinces de Péan ; l'air entrait et sortait librement par la plaie moracique ; au troisième jour, l'air ne sortait plus aussi librement et l'ouverture supérieure de la poche s'était bouché spontanément. Le lavage de la poche put alors se faire sans inconvénients avec une solution phéniquée à 1 0/0. Les suites furent des plus heureuses et des plus satisfaisantes. Trois semaines après l'opération, l'écoulement purulent n'a pas complètement disparu, mais l'état général de la malade est excellent. Cette opération qui a fait l'objet d'un travail récent de Tvue, a surtout été pratiquée à l'étranger par Mosler, W. Koch, E. Bull, Triel, Powel, Fenger, Hollister, Billington, Lauenstein, Sutton, Kaczovowski, et en France par Bouilly. Les circonstances dans lesquelles elle se trouve indiquée sont surtout les suivantes : abcès du poumon, gangrène, kyste hydatique, la bronchectasie, les corps étrangers, les cavernes pulmonaires.

M. QUEIREL (de Marseille) fait une communication sur le *choléra chez les femmes grosses*, de laquelle il résulte que si le choléra compromet la gestation, son pronostic s'aggrave notablement du fait de l'état gravide, qu'il y ait ou non avortement. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

2. Cancer du rein gauche. — Généralisation aux poumons et aux ganglions bronchiques. — Néphrite interstitielle préexistante ; par NETTER, chef de clinique médicale à la Pitié.

F..., 71 ans, peintre en bâtiments, entre le 27 janvier dans le service de M. le professeur Jaccoud. Il est enrhumé depuis trois semaines, se plaint de gêne respiratoire, ne crache pas.

Sa température est normale. L'examen de la poitrine montre en arrière à la partie supérieure du poumon gauche de la submatité à la percussion, qui est douloureuse. Il existe à ce niveau des frottements dans la ligne axillaire. L'examen du cœur fait constater l'hypertrophie en même temps qu'un bruit de galop. L'urine est abondante, très claire ; elle renferme une proportion assez faible d'albumine. Le malade a connaissance de sa polyurie qu'il a mesurée chez lui. Il urinait depuis plusieurs semaines 4 ou 5 litres en 24 heures. Dans le service, la quantité généralement émise a été de 3 à 4 litres. Le diagnostic de néphrite interstitielle ne paraît pas douteux. Elle peut être imputée à l'athérome qu'indique l'état des artères périphériques. Peut-on faire jouer aussi un rôle à l'intoxication saturnine ? Depuis son enfance, cet homme manie des préparations renfermant du plomb. Il n'a pas cependant de liseré, n'a jamais eu de colique.

L'âge de cette néphrite est difficile à préciser. La polyurie en a été le seul symptôme. Pas d'hémorrhagies, de troubles visuels, etc. Il y a trois ans, cet homme a été, paraît-il, placé dans un asile pendant quatre jours. Il lui était impossible de se faire comprendre. Depuis, il n'a rien présenté de pareil. Il s'est peut-être agi d'accidents urémiques. Enfin, la douleur du côté gauche, la toux, la dyspnée paraissent devoir être imputées à une apoplexie pulmonaire ; le malade rejette, en effet, à partir du 29, des crachats visqueux, rouges, adhérents. Ces hémorrhagies pulmonaires se répètent pendant cinq jours. Le séjour de F..., dans le service, du 27 janvier au 18 mai, s'écoule sans qu'il y ait beaucoup de phénomènes nouveaux. La polyurie à certains moments diminue alors que l'albumine augmente. En même temps, la respiration prend le rhythme de Cheyne-Stokes. Ces modifications sont interprétées comme des phénomènes urémiques et en effet les drastiques, unis à l'administration du lait et aux inhalations d'oxygène, les font disparaître.

A trois reprises, le sujet est pris de toux plus vive avec crachats sanglants pendant quatre ou cinq jours. Au moment de la première reprise, on constate à la base gauche des râles sous-crépitants. A la troisième (commencement de mai), il existe dans la fosse sous-épineuse droite de la submatité et de la respiration soufflante. Le malade se plaint souvent d'une douleur extrêmement vive dans le flanc gauche. L'exploration de cette région aussi bien que de la région abdominale ne révèle aucune anomalie. Vers

© BIU Santé

le 15 mai, le sujet tombe dans un état d'apathie très marqué. Il s'affaisse rapidement. La langue devient sèche. La mort survient le 18 sans phénomène nouveau.

L'Autopsie pratiquée le 19 nous montre :

Une augmentation notable du cœur due à une hypertrophie, surtout marquée dans les cavités gauches. L'organe pèse 370. Il n'y a aucune lésion valvulaire.

Un rein droit atrophié pesant 90. Sa capsule est adhérente; sa surface granuleuse parsemée de quelques kystes. La couleur est rougeâtre. La coupe montre une diminution de la substance corticale. — Le rein gauche a les dimensions d'un œuf d'autruche. Son pôle inférieur acuminé est formé par l'extrémité du rein dont on reconnaît bien la forme. Au contraire, le pôle supérieur arrondi est bosselé et constitué par une production nouvelle. Une section verticale rend compte de la modification éprouvée par le rein gauche. Une tumeur développée sans doute aux dépens de la partie supérieure de l'organe coiffe le reste du rein qui est comprimé. L'apparence est assez celle d'une section portant à la fois sur le testicule et l'épididyme. La tumeur est entourée d'une capsule qui se confond avec celle du rein; elle est un peu bosselée. Sa coupe montre des portions ramollies jaunes ou colorées par le sang. Les capsules surrénales sont saines.

Le poumon droit présente en arrière à l'union des tiers supérieur et moyen une masse blanc-gris du volume d'une mandarine à centre ramolli. C'est l'apparence d'un noyau cancéreux. A gauche, tuméfaction notable de tous les ganglions qui sont transformés en masses blanches laissant sourdre après raclage un suc opalin. Ces ganglions, dont le volume varie d'une amande à une noisette, compriment le bronche et ses premières divisions.

L'*examen histologique* a montré dans le rein droit les lésions classiques de la néphrite interstitielle. Transformation fibreuse de glomérules. Amas de cellules embryonnaires. Prolifération du tissu fibreux. Atrophie des tubes urinifères. Productions kystiques. Artérite chronique.— La tumeur du rein gauche a la structure d'un carcinome riche en cellules. Les cellules cancéreuses, de formes et dimensions diverses, sont déposées dans un réticulum conjonctif à alvéoles assez étroits. Beaucoup de cellules cancéreuses ont subi la dégérescence vitreuse ou graisseuse. Les parties du rein qui avoisinent la masse cancéreuse sont très sclérosées. Plus loin, l'organe a la même structure que du côté droit. Les coupes du poumon et des ganglions montrent un carcinome de structure identique à celui du rein. Dans toutes les parties cancéreuses primitives ou secondaires, se voient un grand nombre de vaisseaux remplis de cellules cancéreuses.

Nous pensons devoir appeler l'attention sur un certain nombre de particularités cliniques et étiologiques. Le diagnostic porté du vivant a été néphrite interstitielle. Il semblait pouvoir rendre compte du caractère particulier présenté à diverses reprises par les crachats. Cependant, l'autopsie a montré que l'expectoration sanglante était imputable au cancer secondaire du poumon. Un seul signe sur lequel insistait régulièrement le malade dépendait du cancer du rein gauche. C'est une douleur très violente dans le flanc gauche. Cette région a été explorée un grand nombre de fois sans qu'il ait été possible d'y rien trouver d'anormal. D'ailleurs, les tumeurs du rein que révèle le palper pendant la vie sont plus volumineuses que celle de notre malade (diamètre vertical, 18 centimètres; transversal, 13). Si la douleur a été présente, l'hématurie, symptôme si essentiel du cancer du rein, a constamment manqué. Pendant près de cinq mois, l'urine recueillie régulièrement dans un bocal n'a cessé de présenter les caractères de l'urine de la néphrite interstitielle.

L'autopsie nous a rendu compte d'un autre phénomène, que nous considérions comme lié à l'urémie ou à l'intoxication saturnine : cette aliénation de quatre jours, il y a trois ans. Nous avons trouvé en effet un ramollissement ancien de la première circonvolution sphénoïdale. On a sans doute eu affaire, il y a trois ans, à une aphasie sensorielle.

Au point de vue étiologique, nous insisterons sur cette existence simultanée d'une néphrite interstitielle double et d'un cancer du rein. De ces deux altérations, la néphrite est certainement la plus ancienne. Cette néphrite antérieure a-t-elle aidé à la formation du cancer? On sait quelle importance beaucoup d'auteurs attachent à l'inflammation chronique dans l'étiologie des néoplasmes. Nous ne pouvons que soulever la question. Elle eût été plutôt tranchée dans le sens de la théorie que nous venons d'indiquer si l'on eût pu saisir dans le rein gauche la transformation des cellules normales en éléments cancéreux. Cela ne nous a pas été possible. En aucun des points que nous avons examinés, nous n'avons observé de formations adénomateuses. MM. Sabourin et Œttinger (*Revue de médecine*, 1885) ont été plus heureux que nous. Dans leur observation, il s'agissait également de cancer du rein, avec généralisation aux poumons, chez un saturnin affecté de néphrite interstitielle.

3. Cancer primitif du foie, développé au pourtour de la vésicule biliaire, et avec envahissement de celle-ci. — Productions secondaires du péritoine pariétal et viscéral; par P. Ménétrier, interne des hôpitaux.

Une vieille femme de 70 ans entra, dans le courant du mois de mai, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Jaccoud. Fort affaiblie par le mal, réduite à un état de cachexie extrême, elle ne faisait pourtant pas remonter l'origine de sa maladie à plus de deux mois; à ce moment, son ventre aurait rapidement augmenté de volume, serait devenu douloureux, et ces symptômes étaient accompagnés de vomissements répétés. On pouvait, en effet, constater le développement anormal de son abdomen, tenant partie à la distension gazeuse de l'intestin, partie à l'épanchement de liquide dans la cavité péritonéale, et contrastant avec l'état d'émaciation extrême de tout le reste du corps. En outre, à la palpation des régions ombilicale et épigastrique, on sentait une volumineuse tumeur, dure, assez irrégulière et qui semblait faire corps avec le foie. Comme diagnostic, on ne put affirmer qu'un cancer intra-abdominal, intéressant peut-être l'estomac et le foie. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade succomba.

L'autopsie, pratiquée le 26 mai, nous montre les lésions suivantes : La cavité péritonéale renferme une quantité moyenne de liquide ascitique. Immédiatement sous la paroi, aux points où, pendant la vie, on avait eu la sensation d'une tumeur, se trouve une masse dure, formée par le grand épiploon rétracté, considérablement épaissi, adhérant à l'intestin et au bord antérieur du foie, également transformé à ce niveau. En outre, on peut constater un envahissement cancéreux, généralisé à toute la séreuse péritonéale, prédominant à la face concave du diaphragme, au pourtour du foie et de la rate, très marqué aussi sur toute la longueur de l'intestin et sur le mésentère. Sur l'intestin, ce sont des plaques saillantes, souvent cupuliformes, variant en volume d'une lentille à une noisette, dures, développées aux dépens de la tunique séreuse, mais envahissant généralement aussi les autres tuniques, sans toutefois qu'en aucun point la muqueuse soit ulcérée. L'estomac ne présente qu'une ou deux petites plaques semblables, et pour le reste est absolument sain.

Le foie, assez gros, renferme dans son bord antérieur, au niveau de la loge de la vésicule, une tuméfaction blanc jaunâtre, mamelonnée, adhérente en surface au grand épiploon, dont on peut cependant assez facilement la détacher. La tumeur est du volume d'une orange environ, à peine plus saillante que le reste du foie; à sa face inférieure, la vésicule, dont les parois sont fort épaisses, est en partie confondue avec elle. Sur une coupe antéro-postérieure, intéressant le foie et la vésicule, on peut mieux constater l'épaississement considérable des parois de cette dernière, épaississement qui porte surtout sur son fond et sur sa face adhérente, tandis que la face inférieure est relativement peu altérée, et que le col, la portion avoisinante et le conduit cystique sont sains. En aucun point, la muqueuse ne paraît ulcérée. La cavité renferme un nombre très grand de petits calculs

© BIU Santé

La paroi altérée de la vésicule se continue et se confond avec la masse néoplasique du foie. L'une et l'autre sont formées d'un tissu blanc jaunâtre ou rougeâtre par places, dur à la coupe, et qui, sur les confins du tissu hépatique, se prolonge par traînées et par îlots dans celui-ci, sans en être nulle part nettement séparé. Le reste du foie est de couleur jaunâtre, paraît gras, et renferme en outre deux autres noyaux cancéreux arrondis, du volume d'une noix, et situés dans le bord postérieur. Ils sont d'aspect assez semblable à la tumeur principale, mais beaucoup plus nettement limités. Au hile, on trouve deux ou trois ganglions dégénérés. Les grosses voies biliaires ne présentent pas d'altérations. Le pancréas est sain, la rate également. Les reins, durs et scléreux, ne renferment pas de noyaux cancéreux. Les organes génitaux sont normaux.

Les poumons renferment, à leurs sommets, quelques petits nodules crétacés, et à la base du poumon droit, se trouvent deux petites plaques pleurales, grosses comme une petite lentille, correspondant à une plaque néoplasique de la plèvre diaphragmatique, et dont l'examen histologique a montré la nature cancéreuse.

Le cœur est sain. On ne rencontre de cancer en aucun autre point de l'organisme.

L'*examen microscopique* de ces diverses lésions nous a montré partout la structure du carcinome ; des cellules épithélioïdes, de forme extrêmement irrégulière, contenues dans un stroma conjonctif d'épaisseur variable, sans qu'en aucun point il fût possible de rattacher cette altération à une variété quelconque d'épithéliome. Sur des coupes comprenant la portion la plus altérée de la vésicule, et les parties adjacentes de la tumeur hépatique, on retrouve la muqueuse cystique complètement transformée en tissu carcinomateux, mais non ulcérée, et relativement peu épaissie. Ses limites sont encore facilement reconnaissables par la persistance de la couche musculaire sous-jacente. Dans des points moins altérés, on voit encore dans la muqueuse des culs-de-sacs glandulaires, avec leur revêtement épithélial cylindrique, et, par places aussi la couche épithéliale de la surface. Au contraire, à mesure qu'on pénètre dans la profondeur de la tumeur, au delà des limites de la vésicule, les lésions paraissent plus avancées et plus anciennes. Le tissu conjonctif du stroma est beaucoup plus développé, fibreux, et des îlots entiers de cellules cancéreuses sont dégénérées ; les éléments sont indistincts, le noyau ne s'en reconnaît plus et la masse s'effrite sous le rasoir. Sur les limites du tissu hépatique sain, dans la zone d'envahissement, le cancer paraît suivre les vaisseaux, dont plusieurs sont complètement transformés, et s'insinuer ainsi par les espaces portes, en dissociant des îlots du parenchyme, dont les cellules atrophiées et comprimées sont, pour la plupart, infiltrées de granulations graisseuses. Dans le grand épiploon, les ganglions du hile, et à la surface de l'intestin, les noyaux cancéreux présentent la même structure.

L'examen macroscopique pouvait, en ce cas, suffire à nous faire reconnaître, dans la tumeur hépato-cystique, l'origine première du cancer. En effet, malgré leur étendue, les lésions péritonéales ne nous présentaient en aucun point, ni une disposition un peu spéciale ni une ancienneté plus grande qui nous permissent de les considérer comme des tumeurs primitives. Au contraire, les caractères de la grosse tumeur du foie cadrent parfaitement avec cette idée ; formée d'une masse déjà assez volumineuse, d'un seul bloc, commençant par places à dégénérer à son centre, s'étendant progressivement à la périphérie, par traînées et par îlots, disséminés au milieu du parenchyme hépatique, sans qu'en aucun point il y ait une délimitation bien nette entre le tissu morbide et le tissu sain ; elle offre une disposition bien différente de celle présentée par les deux noyaux du bord postérieur, arrondis, nettement limités et paraissant manifestement secondaires. Quant à savoir lequel des deux, de la vésicule ou du foie, avait été pris le premier, l'examen à l'œil nu ne pouvait nous l'apprendre. L'étude histologique de ces lésions nous a paru trancher la question en faveur de la dernière hypothèse.

blancs, à facettes, formés presque entièrement de cholestérine, et une bile de couleur blanc laiteux ; du reste, un des calculs engagé dans le col en a déterminé l'occlusion. D'une part, la nature de l'altération qui ne se rapporte à aucun type épithélial, et surtout pas au type de l'épithéliome cylindrique, forme habituelle des cancers de la vésicule ; d'autre part, l'intensité et l'ancienneté des lésions plus grandes au niveau du foie que de la vésicule, nous paraissent montrer que celle-ci n'a été que secondairement envahie par propagation d'un cancer primitivement développé dans le foie, à son voisinage.

4. — M. Cornil communique à la Société un fait intéressant qu'il a constaté à l'examen histologique d'un *cancer du sein* enlevé par M. Péan, sur une femme de 42 ans. Dans les portions dures de ce sein, qui était énorme, il a trouvé de grands alvéoles remplis de cellules épithéliales. En même temps, on observe autour des canaux galactophores et de quelques alvéoles une zone, large de 1/3 à 1/2 millimètre, colorée en jaune par le picro-carmin et constituée par des fibres élastiques fines. Autour des acinis non dégénérés, on voit aussi un épaississement de toutes les parois, et en particulier de la couche élastique.

M. Brault a observé plusieurs fois cette lésion dans les squirrhes du sein, dont la marche est lente.

5. Tumeurs pseudo-kystiques des plexus choroïdes chez un enfant atteint de chorée ; par M. F. Roland, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une petite fille de sept ans, admise le 1er avril 1886 dans le service de M. Ollivier, à l'hôpital des Enfants-Malades, pour une chorée vulgaire. Ce cas ne présentait absolument rien de particulier au point de vue clinique. Il n'y avait notamment ni paralysies, ni troubles de la sensibilité. Huit jours après son entrée à l'hôpital, cette enfant meurt au troisième jour d'une scarlatine grave, après avoir présenté une température de 41°,8.

A l'autopsie, on trouve des congestions viscérales généralisées. Le cerveau en particulier est très hyperhémié, et dans les plexus choroïdes, il existe deux tumeurs symétriques et de même volume. C'est l'une de ces tumeurs, celle du côté gauche, que nous présentons, l'autre ayant été sacrifiée pour l'examen histologique. Arrondies et du volume d'une noisette, elles sont situées juste à l'entrée du prolongement occipital des ventricules latéraux et à l'endroit où les plexus choroïdes se recourbent pour pénétrer dans le prolongement sphénoïdal. Leur aspect est rougeâtre et leur consistance demi-molle. A la coupe, on voit que, si le tissu est mou au centre, à la périphérie, au contraire, il existe une coque assez résistante, de sorte que l'on peut se demander si cette lésion est bien due aux phénomènes congestifs du dernier moment ou si elle leur est antérieure.

Il n'est pas permis d'établir un rapport entre cette lésion et la chorée ; à peine pourrait-on supposer que la chorée, comme beaucoup d'autres affections, s'accompagne d'un état congestif particulier du cerveau, qui favorise la production de ce genre de tumeurs.

Chez un autre enfant qui avait eu une chorée légère et qui était mort peu après de broncho-pneumonie, j'ai trouvé également dans les plexus choroïdes, au même endroit que précédemment, une tuméfaction plus considérable que celle qui existe normalement à ce niveau.

Si j'ai présenté ce dernier cerveau, c'est surtout pour faire voir le siège exact qu'occupent ces productions kystiques, car ici la lésion est fort peu accusée. Mon collègue et ami, M. Albarran, s'est chargé de faire l'examen histologique de la pièce.

6. Sur la structure d'un renflement situé au niveau du bord libre des plexus choroïdes des ventricules latéraux ; par M. J. Albarran, interne des hôpitaux.

Les petites tumeurs qui viennent d'être présentées à la Société par M. Roland se présentent, à première vue, comme des productions spongieuses englobées dans les plexus choroïdes, dont les végétations recouvrent leur surface interne.

© BIU Santé

Sur des coupes microscopiques, on retrouve la même disposition. Tout à la surface, entourant la tumeur et relié à celle-ci par quelques faisceaux connectifs assez espacés, le plexus, avec ses végétations recouvertes d'épithélium pavimenteux; au centre, la tumeur, formée elle-même de deux couches : l'une périphérique, l'autre centrale. La couche périphérique est formée d'un tissu conjonctif feutré, constitué par des fibrilles peu onduleuses, entrecroisées en divers sens comme celles qui forment le tissu conjonctif réticulé. Dans les mailles limitées par ces fibrilles, on observe une grande quantité de grosses cellules lymphatiques. La partie centrale de la tumeur est formée par un tissu semblable à celui de la partie périphérique, avec cette différence que les mailles limitées par les fibrilles sont beaucoup plus considérables, que l'on peut voir, aux points d'entre-croisement, des cellules plates de tissu conjonctif et que les cloisons manquant par places, la pièce prend l'aspect pseudo-kystique.

La tumeur reçoit des vaisseaux qui lui sont fournis de tous côtés par le plexus qui l'entoure; à leur niveau, le tissu se condense, et l'on voit le réticulum prendre un point d'appui sur la paroi des capillaires.

La bilatéralité des productions trouvées dans deux cas par M. Roland nous fit chercher si elles n'existaient pas à l'état normal. Or, sur une dizaine de cerveaux d'enfants examinés par M. Roland à ce point de vue, sur dix autres que nous avons examinés nous-même, nous avons toujours trouvé sur le bord libre du plexus choroïde, au niveau du pulvinar de la couche optique, à l'endroit où les deux cornes occipitale et sphénoïdale du ventricule se rejoignent, un renflement dont le siège et la structure répondent à celui des pseudo-kystes présentés par M. Roland. Ce renflement, dont le volume varie de 2 à 3 ou 5 millimètres en largeur et de 6 à 8 millimètres en longueur, présente une forme en fuseau, le grand axe étant parallèle à celui du bord libre du plexus; leur couleur est bleuâtre, et, à première vue, on croirait avoir affaire à un pelotonnement des vaisseaux du plexus.

Sur des coupes perpendiculaires au grand axe du renflement et comprenant en même temps la partie adjacente du plexus, on voit que la mince membrane recouverte d'épithélium pavimenteux qui sert de support aux vaisseaux du plexus et qui, soit dit en passant, est analogue comme structure à la toile choroïdienne, se divise, une fois arrivée au niveau du bord inférieur du renflement, en deux lames qui l'entourent et se rejoignent au-dessus de lui, présentant comme partout ailleurs des villosités : les unes sessiles, les autres largement pédiculées. Au centre, on trouve, séparé de cette couche périphérique par un espace que cloisonnent quelques fibrilles conjonctives, une petite masse formée par un tissu réticulé rappelant celui de la partie médullaire d'un ganglion lymphatique. En dehors, le tissu est plus dense, les mailles du réticulum sont plus serrées qu'à la partie centrale, et présentent une forme allongée parallèlement à la surface. Entre ces mailles, on trouve des cellules lymphatiques en plus ou moins grande abondance. Chez certains sujets, le tissu se condense et présente presque la structure du tissu conjonctif commun, mais on retrouve toujours l'apparence réticulée nettement accusée dans les parties centrales.

Nous nous sommes assuré, par des injections avec la masse bleue de Ranvier poussée par l'artère choroïdienne, que la couleur bleuâtre du renflement est due au pelotonnement que forme à son niveau et au-dessus de lui la grosse veine qui longe le bord libre du plexus choroïde. Ces injections nous ont montré aussi que le renflement reçoit de nombreux vaisseaux détachés des vaisseaux du plexus, et qui, comme ceux-ci, sont dépourvus de gaines lymphatiques. Tout autour des vaisseaux d'un certain calibre, le tissu se condense, tandis que le réticulum s'appuie sur la paroi des capillaires. Il nous a semblé que plus l'enfant est âgé, plus les vaisseaux sont abondants et moins il y a de tissu réticulé, et notre opinion a été fortifiée par ce que nous avons pu observer aussi dans les plexus d'un adulte examinés à ce point de vue.

Quoique nos recherches soient encore fort incomplètes, nous croyons pouvoir considérer ce renflement comme formant partie intégrante de la pie-mère épaissie à ce niveau, puisque cette membrane présente aussi par places, sur la surface externe du cerveau, une structure réticulée, et ce fait nous paraît avoir une certaine importance en ce sens que ce renflement étant situé sur la lame supérieure du plexus, considérée par Reichert, Axel Key et Retzius comme exclusivement développée aux dépens des piliers de la voûte, son existence montrerait au contraire que, même dans cette lame, l'épendyme ne fait qu'entourer et coiffer la pie-mère, comme le veut M. Duval avec la plupart des auteurs.

D'un autre côté, nous insisterons sur la présence constante de ce renflement dont ne fait mention aucun des auteurs français que nous avons pu consulter (1).

Virchow dans sa Pathologie des tumeurs, Henle dans une note de son Anatomie, mentionnent comme ayant été décrit par les frères Wenzel, sous le nom de glomus, un épaississement des plexus choroïdes, situé à l'endroit où les plexus se contournent vers la corne descendante. Henle croit, contrairement à ce que nous avons vu, qu'il s'agit toujours d'une production pathologique.

Axel Key et Retzius mentionnent le glomus et le placent dans leur feuillet supérieur du plexus.

Huguenin (dans Ziemsen) le place dans la partie du plexus située dans la corne postérieure et dit que, à ce niveau, il y a un peu plus de cellules que dans le reste du plexus.

Nulle part nous n'avons pu en trouver la description macroscopique, et la seule notion de structure, celle de Huguenin, d'après Luschka, est insuffisante. La connaissance de cette structure nous fait facilement comprendre comment une hypertrophie limitée à ce niveau peut produire des kystes spongieux analogues à ceux présentés par M. Roland. Nous ne discutons pas dans ces cas particuliers l'hypothèse d'un œdème, car il répugne au raisonnement d'assigner une telle origine à une lésion qui est bilatérale et si nettement localisée, en outre la quantité de tissu est dans ces cas cinq ou six fois plus considérable qu'à l'état normal.

Séance du 11 juin 1886. —Présidence de M. Cornil.

8. Lipome pédiculé de la cuisse; par le Dr Bailly (de Chambly, Oise).

Mme M..., âgée de 33 ans, porte depuis près de deux ans à la région interne à la racine de la cuisse gauche, au niveau du pli génito-crural, une tumeur qui a atteint au jour de l'ablation, 15 mai 1886, le volume d'un gros œuf de canard. Cette tumeur en battant de cloche pend entre les cuisses; elle est devenue un objet de gêne tel qu'après un long temps d'hésitation la malade en réclame impatiemment l'ablation. J'avais reconnu cette tumeur chez ma cliente il y a dix-huit mois, en l'accouchant de son quatrième enfant. Elle était alors du volume d'une petite noix retenue à la peau par un pédicule de la grosseur d'un crayon; elle était de consistance mollasse, ne présentait à sa surface aucune particularité sous le rapport de la coloration; on sentait sous la pression plusieurs petites nodosités sans adhérence avec les téguments; elle était absolument indolente. Ses caractères, son lieu d'élection, m'avaient fait porter le diagnostic *molluscum pendulum*.

Mais dix-huit mois après l'aspect s'était singulièrement modifié; le volume s'était presque décuplé. La peau lisse, luisante à la partie inférieure, une sorte de transparence, de fausse fluctuation, donnait à la grosseur l'aspect d'une hydrocèle de volume moyen.

La base d'implantation s'était considérablement élargie et atteignait presque en circonférence les dimensions de la tumeur elle-même. Les vaisseaux sous-cutanés avaient pris à ce niveau un aspect variqueux. Bref les conditions actuelles faisaient rejeter le diagnostic molluscum et ramenaient à l'idée d'un lipome vulgaire. C'est ce que l'exa-

(1) Sappey, Cruveilhier Hirschfeld, Fort, Féré, Duret, Cornil, Ranvier, Lancereaux, Laboulbène, dictionnaires, Duval.

© BIU Santé

men de la tumeur pratiqué par M. Charrin a pleinement confirmé.

Je n'ai pas à parler de l'ablation : l'anesthésie locale, deux incisions courbes à deux centimètres de la cuisse, quelques ligatures de petits vaisseaux, une réunion des lèvres de la plaie par 7 points de suture au crin de Florence en ont fait tous les frais. Un pansement à la gaze phéniquée maintenu par un spica de l'aine a donné une réunion par première intention.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — **Contributo alla disarticolazione dell'omero (Contribution à la désarticulation de l'épaule)**; par le Dr Del Greco. — Florence, 1883.

II. — **Nota di denucioticafisica**; par le Dr Raimanda Feletti, assistant à la clinique médicale de Bologne.

III. — **Cas clinique d'hydatides du poumon**; par le Dr D. Antonio Espina y Capo (*Revista de Medicina y Cirugia practicas*, nº du 22 septembre 1886, p. 287).

I. — L'auteur décrit, dans ce petit travail, le procédé de désarticulation de l'épaule qu'il a adopté depuis nombre d'années et qu'il enseigne à ses élèves. — D'abord il préconise l'emploi de la bande d'Esmarch, appliquée et maintenue par les aides de telle sorte qu'elle comprime l'axillaire sur le col de l'omoplate. Quant au procédé opératoire, voici, en résumé, en quoi il consiste : 1° incision courbe partant du sommet du triangle coraco-claviculaire pour aboutir à deux centimètres environ en avant du pilier antérieur de l'aisselle ; 2° incision, également courbe, commençant à quatre ou cinq centimètres du point de départ de la première, et se terminant à deux centimètres en avant du pilier postérieur de l'aisselle ; 3° une troisième incision divisant les téguments axillaires, réunit les extrémités inférieures des deux premières. Ces trois incisions ne doivent pas dépasser l'aponévrose. La peau étant ensuite libérée en avant et en arrière, le deltoïde est entamé en Λ au niveau des téguments rétractés : puis, le lambeau triangulaire ainsi constitué ayant été rapidement détaché de l'os et rabattu en bas, la désarticulation se termine comme à l'ordinaire. L'auteur a surtout en vue, en agissant ainsi, de se donner plus de jour pour désarticuler et d'éviter de garder trop de muscle. — En somme, il s'agit là d'un procédé intermédiaire au procédé de Lisfranc et au procédé en raquette ou croupière, avec quelques détails d'exécution d'une utilité très contestable.

II. Cette courte note, extraite de la *Revista clinica* (1881) est consacrée à deux points de séméiotique physique : 1° *D'un nouveau signe physique de la sténose de l'œsophage*. Le Dr Feletti rapporte une observation avec contrôle microscopique pour montrer que, dans la sténose de la partie inférieure de l'œsophage, on peut trouver une sonorité insolite à la partie antérieure du thorax, lorsque la portion de l'œsophage située au-dessus du rétrécissement est distendue par des gaz (ingestion de bicarbonate de soude et d'acide tartrique). Ziemdom a signalé le parti que l'on peut tirer de la percussion de l'œsophage artificiellement distendu, dans les cas de rétrécissement ou de diverticules ; mais il recherchait les modifications du son en percutant en arrière, sur les côtés de la colonne vertébrale. L'auteur croit que la percussion de la partie antérieure de la poitrine permet d'apprécier ces modifications d'une manière bien plus distincte.

2° *Sur la cause de la moindre sonorité (ipo fossi) de la fosse sous-claviculaire droite.*

Le Dr Féletti pense que la moindre sonorité physiologique de la région sous-claviculaire droite est bien en moindre volume du lobe supérieur du poumon droit ; il ne nie pas cependant que la différence d'épaisseur des muscles d'un côté à l'autre ne puisse être pour quelque chose dans la diminution du son à droite. Il rapporte, à l'appui de son dire, des résultats d'observation clinique et cadavérique. Il fait remarquer enfin que l'hypophonèse sous-claviculaire peut, dans quelques cas d'ailleurs rares, se présenter à gauche à l'état physiologique, et n'avoir pas alors, par conséquent, toute l'importance que certains pathologistes lui attribuent.

III. — Dans cet article intéressant, le Dr Espina étudie très longuement, tant au point de vue de la symptomatologie qu'au point de vue du traitement, un cas d'hydatides du poumon qu'il a eu l'occasion d'observer récemment sur un confrère. Le symptôme dominant a été l'hémoptysie, qui, survenue la première fois au milieu d'une santé parfaite, se renouvelle plusieurs fois par la suite avec une abondance telle que l'existence du malade en fut très gravement menacée. Il n'y avait aucun signe qui pût être rapporté à la tuberculose, et la recherche des bacilles dans les crachats, répétée à plusieurs reprises avec la plus grande attention, était restée toujours négative ; mais l'expression de fragments d'hydatides, mêlés au sang des hémoptysies, vient, à un moment donné, lever les incertitudes qui planaient sur le diagnostic de la lésion originelle. Le traitement dirigé contre les hémorrhagies consiste surtout dans l'emploi de l'ergot de seigle, qui fut progressivement porté à la dose de 48 grammes en 48 heures, sans qu'il s'en suivit aucun phénomène d'intoxication ; contre les hydatides, on employa l'iodure de potassium, l'iodoforme et la teinture de fougère mâle. — Une note importante du Dr Mendoza sur l'étiologie des affections hydatiques chez l'homme et sur les hydatides du poumon en particulier, est annexée au travail de M. Espina, et vient lui fournir un complément des plus instructifs. Ch.-H. Petit-Vendol.

THÉRAPEUTIQUE

De l'iodoforme en médecine et en chirurgie.

Depuis quelques années, l'iodoforme tend à prendre une place de plus en plus importante dans la thérapeutique, en médecine non moins qu'en chirurgie.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que les résultats de la médication interne semblent confirmer, sur certains points, les résultats obtenus par les chirurgiens.

En effet, l'usage le plus heureux de l'iodoforme qui ait été fait par ces derniers, a été, sans contredit, contre les abcès froids ou abcès par congestion, qui sont des manifestations tuberculeuses.

Plusieurs observations publiées par des élèves de M. le professeur Verneuil, MM. Kirmisson et Quenu, chirurgiens des hôpitaux, et, tout récemment, un travail d'ensemble de son chef de clinique, le Dr Verchère, ont définitivement classé le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, parmi les acquisitions les plus sérieuses de la thérapeutique.

Le Dr Thirion avait déjà fait connaître la pratique des hôpitaux de Nancy dont les résultats sont tout à fait conformes à ceux annoncés par le promoteur de la méthode, M. le professeur Verneuil.

La lecture des observations montre que « le traitement a été efficace au double point de vue de la lésion locale et de la santé générale. N'est-il pas permis d'en conclure que la guérison des abcès froids par les injections d'iodoforme, est un premier pas de fait dans la voie où nous nous sommes engagés pour chercher les moyens de guérir la tuberculose ? » (Professeur Verneuil).

Déjà, un certain nombre d'exemples favorables à l'emploi de l'iodoforme dans la tuberculose pulmonaire ont été cités.

Et, voici maintenant une série d'observations de méningites tuberculeuses terminées par la guérison à la suite d'un traitement à l'iodoforme.

Un mémoire tout récent du Dr Eugène Martel donne la relation de huit cas de méningite tuberculeuse relevés dans la littérature suédoise : Le premier appartient à Moleschott ; le second est du Dr Emile Nillson, d'Ypstad ; le troisième du Dr Sonden, de Stockholm. Le Dr Warfringe a produit cinq cas. L'âge de tous ces malades était compris entre trois ans et dix-sept ans.

Moleschott avait employé un badigeonnage de la nuque avec du collodion iodoformé à 1 pour 15. Des applications

© BIU Santé

semblables lui ont également réussi dans le traitement d'adénites cervicales qui se sont rapidement terminées par résolution.

Le Dr E. Nillson fait faire des onctions crâniennes avec une pommade iodoformée au dixième.

M. Warfringe fait pratiquer, deux fois par jour, sur toute la surface de la tête, préalablement rasée, des onctions avec 6 grammes de pommade contenant 1 gramme d'iodoforme pour 5 grammes de vaseline. On recouvre la tête avec un bonnet de taffetas imperméable qui est maintenu par une bande.

Les frictions ont été faites dans le premier cas, 17 jours; dans le 2e, 19; dans le 3e, 30; dans le 4e, 32, et dans le 5e, 9 jours.

Dans les huit cas la guérison a été complète.

Deux autres médecins allemands, Bauer et Cœsfeld, ont annoncé des guérisons de méningite tuberculeuse par des onctions iodoformées.

Le Dr Lœvenfeld a publié (in *Aerztl. Intelligenzblat*, 1885) un autre fait dans lequel la guérison parut définitive. Mais un an et quelques mois plus tard, l'enfant était emporté par une nouvelle poussée. A l'autopsie, on découvrait des tubercules du cervelet, et des granulations miliaires, à la face inférieure de la région du bulbe et de la protubérance.

Un autre insuccès complet a été cité à notre connaissance. Mais ces derniers faits manquent de détails suffisants sur la manière dont la médication a été pratiquée.

Il est regrettable que l'on n'ait pas administré le médicament à l'intérieur, toutes les fois que cela aurait été possible. Le dosage eut été plus parfait et l'on aurait pu juger si les résultats obtenus concordaient avec ceux qui ont été publiés sur les effets de la même médication dans la phthisie pulmonaire.

En attendant que cette démonstration ait été fournie, nous pouvons affirmer que l'iodoforme, administré à l'intérieur, a procuré une guérison rapide d'adénites cervicales multiples et volumineuses chez des adolescents; et l'on ne pouvait guère douter de la nature caséeuse de ces ganglions.

De l'examen de tous les faits connus résulte aussi cette conséquence, que les effets seront bien plus assurés si la médication est commencée à une époque plus rapprochée du début du mal. — Dr A. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

La gynécologie à Strasbourg.

Monsieur le Rédacteur en chef,

A la clinique gynécologique de Strasbourg, j'ai eu l'occasion de voir pratiquer par le professeur Freund deux opérations intéressantes.

La première avait pour but l'ablation d'un énorme fibrôme utérin implanté sur la corne droite de l'utérus; et la seconde, l'enlèvement d'une tumeur intra-ligamenteuse de l'ovaire, probablement un kyste dermoïde suppuré.

Sans insister sur les préliminaires de l'opération et les détails d'une autopsie rigoureuse, je dirai seulement que le professeur Freund se loue beaucoup de la substitution du sublimé à l'eau phéniquée pour le lavage des éponges aux cours de l'opération.

L'incision abdominale est faite comme d'habitude, sur la ligne médiane; et dès qu'elle a une étendue suffisante pour permettre le passage de la tumeur, le péritoine est fixé aux deux angles de la plaie par une suture provisoire. Après que la tumeur a été amenée à l'extérieur l'opérateur place en arrière d'elle, sur le corps de l'utérus, une ligature élastique, ce qui permet de la détacher sans crainte d'hémorrhagie.

Le temps vraiment intéressant de l'opération consiste dans la pose des fils sur le pédicule. Disons tout de suite que pour toutes les ligatures intra-abdominales, on se sert exclusivement de fils de soie phéniquée.

Après que la surface de section a été légèrement évidée au centre, tous les vaisseaux qui sont visibles sur la surface sont liés. Ceci fait, une série de fils est pressée à travers le pédicule, à deux centimètres environ en arrière de la section; et les deux chefs de chacun de ces fils sont noués après avoir été ramenés par-dessus les bords de la plaie, dont les deux moitiés antérieure et postérieure se trouvent ainsi adossées dans toute leur étendue.

Pour obtenir même un adossement plus intime, une seconde série de sutures superficielles est placée près du bord. Ces sutures, superficielles et profondes, sont d'ailleurs rapprochées à tel point que sur un pédicule ayant 4 centimètres de diamètre environ, l'opérateur n'hésita pas à mettre une vingtaine de fils.

La plaie du pédicule étant ainsi fermée par adossement exact de sa moitié antérieure à sa moitié postérieure, la ligature élastique est enlevée; et après s'être assuré qu'il n'existe pas le plus léger suintement sanguin, les fils sont coupés, et le pédicule est abandonné dans le ventre.

La plaie abdominale est réunie par des sutures métalliques comprenant le péritoine; le ventre est recouvert de bandelettes de gaze au thymol et d'ouate salycilée.

Lorsqu'on a levé le pansement, dix jours après l'opération, on a trouvé une réunion complète et les sutures ont été retirées.

La seconde laparotomie était pratiquée pour une petite tumeur fluctuante, fixée dans le ligament large du côté droit, et empiétant vers le cul-de-sac postérieur.

Depuis deux ans, cette tumeur s'était déjà vidée à plusieurs reprises par le rectum; et, bien que la santé fut toujours restée très bonne, la patiente demandait instamment à être débarrassée de cette infirmité. Après l'ouverture de l'abdomen, on arrive sur une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans le petit bassin. Une ponction capillaire aspiratrice est pratiquée, et donne issue à une petite quantité de pus fétide.

Le péritoine est incisé sur la tumeur, et le doigt peut facilement en contourner la partie antérieure qui est débarrassée de ses adhérences. Mais, en arrière, la fusion avec le rectum est tellement complète, qu'il est impossible de les séparer.

Toutes ces manœuvres sont d'ailleurs rendues très difficiles par l'épaisseur des parois abdominales, qui exagère encore la profondeur du champ opératoire. Une pince de Museux est appliquée à la face antérieure de la tumeur qu'on cherche à attirer en avant; mais il se fait une rupture qui donne issue à 2 ou 3 cuillerées d'un pus à odeur fécaloïde.

Toute la portion antérieure de la paroi est réséquée; et quant à la partie qui adhère intimement au rectum, ses bords sont réunis de façon à isoler de la cavité péritonéale toute la surface morbide. L'adossement des bords de la partie malade a pour résultat la formation d'une cavité qui est mise en communication avec le vagin par une ouverture pratiquée au niveau du cul-de-sac postérieur.

Un drainage est établi par cette ouverture à l'aide d'une bandelette de gaze qui est laissée en place pendant 12 heures. Puis, par cette voie, sont pratiquées des injections antiseptiques à l'aide d'une sonde à double courant: injections qui sont faites avec une solution aqueuse saturée d'acide salycilique.

La suture abdominale et le pansement sont faits comme il est dit précédemment; et cette malade opérée à la fin de juin, quittait la clinique un mois après, complètement guérie.

A la clinique du professeur Freund, la guérison est d'ailleurs la règle; et la statistique de la dernière année qui porte sur 52 laparotomies, ne mentionne qu'un insuccès. C'est un résultat magnifique, surtout si l'on tient compte de ce fait, que l'opérateur ne recule pas devant les cas les plus compliqués.

Veuillez agréer, etc. Dr X.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la coxotuberculose; par le Dr Lannelongue. Leçons recueillies par le Dr Ménard. — Asselin et Houzeau, Paris, 1886.

Encore un mot nouveau! Il n'en est pas plus mauvais pour cela. Désirant bien mettre en relief une localisation morbide que tout praticien doit connaître dans ses plus minutieux détails, la tuberculose de l'articulation de la hanche, le Dr Lannelongue n'hésite pas à créer la dénomi-

© BIU Santé

nation de coxo-tuberculose, qui traduit bien à la fois et le siège et la cause de cette affection.

Avant d'entrer de plein-pied dans l'étude de la coxotuberculose, le professeur nous fait comprendre pourquoi il préfère ce terme nouveau et cite rapidement les autres processus morbides qui peuvent envahir l'articulation considérée. Abandonnant le mot de coxalgie, qui embrasse vraiment trop d'affections distinctes, il montre que la notion étiologique doit être considérée comme la base de toute classification nosologique, et appliquant ce principe à la hanche, énumère à ce propos les lésions qu'on observe dans cette jointure : 1° Arthrites traumatiques; 2° A. inflammatoires (par propagation ou de voisinage); 3° A. des maladies générales (rhumatisme, goutte, etc.); 4° Arthropathies nerveuses (maladies de la moelle et de l'encéphale); 5° Arthrites septiques, la plupart parasitaires et microbiennes : ostéomyélite, variole, infections purulente et puerpuérale, etc., etc.; enfin la tuberculose.

La place de la coxotuberculose étant ainsi bien établie, l'auteur, dans une première leçon, en aborde l'anatomie pathologique. Il décrit d'abord l'aspect général du cadavre, puis les lésions qu'on rencontre chez un sujet succombant à une période avancée de la maladie. Il insiste avec raison sur le peu de renseignements que nous possédons pour l'étude anatomique de la maladie à sa période initiale, et rapporte quatre autopsies personnelles de coxotuberculose au début. De ces quatre observations, M. Lannelongue conclut que presque toujours l'affection est *primitivement osseuse*, qu'il y a des foyers tuberculeux dans les os tout d'abord, et que la lésion ne débute jamais par la synoviale. Le reste de ce premier chapitre est consacré à l'étude complète des lésions de la coxalgie, au mode d'accroissement des altérations osseuses, aux déformations des os, aux altérations de la synoviale et de la capsule, aux modifications survenant dans les parties voisines et dans celles qui sont plus éloignées, aux luxations spontanées, etc.

La deuxième leçon est réservée à l'étiologie et à l'étude des symptômes. M. Lannelongue distingue dans l'évolution de la coxo-tuberculose trois périodes : 1° Période *de début*, caractérisée par 5 signes principaux : la douleur, la claudication, la contracture musculaire, l'atrophie musculaire, l'engorgement ganglionnaire inguinal; 2° Deuxième période, dite d'*adduction ou d'allongement apparent*; 3° enfin *période d'adduction* et *raccornissement*.

L'étude des luxations pathologiques, des abcès qui compliquent si fréquemment la tuberculose de la hanche et des autres complications fait l'objet de la troisième leçon qui se termine par l'exposé du diagnostic, de la marche, du pronostic et des formes de la coxotuberculose.

Enfin, la dernière partie de l'ouvrage (quatrième leçon) est consacrée entièrement aux traitements général et local, variable d'ailleurs suivant les périodes de la maladie.

Il est impossible d'indiquer ici, même brièvement, les idées spéciales du professeur sur tel ou tel point de cette intéressante affection. Placé à la tête d'un service spécial, où viennent se réfugier tant de jeunes coxotuberculeux, il est inutile de le faire remarquer, dans les meilleures conditions pour se livrer à de telles études. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir les parties clinique et thérapeutique traitées avec tant de soin et de compétence. Si l'on songe, d'autre part, que dans son service existe un musée pathologique des plus riches en ce qui concerne la pathologie chirurgicale infantile, on comprend toute la valeur du chapitre Anatomie pathologique. On ne saurait donc trop engager les praticiens à lire une monographie faite dans de pareilles conditions.

Marcel Baudouin.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressées de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le *30 Octobre*.

VARIA

Excision d'une tumeur cérébrale.

Le *British medical journal* du 2 octobre 1886 nous apprend qu'un nouveau cas d'excision de tumeur cérébrale a été suivi de succès. Le malade était un homme qui avait été absolument hémiplégique depuis un mois et était dans l'état semi-comateux; avant le développement de ces symptômes, il avait ressenti une grande douleur dans la tête et avait eu des attaques. Le jeudi 23 septembre, le professeur V. Horsley a appliqué la couronne de trépan sur la région motrice de l'hémisphère droit et après avoir agrandi l'ouverture faite par le trépan, il réussit à enlever une large tumeur du cerveau, tumeur qui pesait 127 grammes, avait 76 millimètres de long, 63 de large, et 51 d'épaisseur. Le lendemain de l'opération, le malade raisonnait parfaitement et était même amusant dans sa conversation; il déclara être débarrassé de toute douleur. Le 27 septembre, la plaie était complètement guérie et cet homme a de nouveau quelque force dans la jambe; ceci est le quatrième cas dans lequel M. V. Horsley a opéré avec succès sur la région motrice de l'écorce du cerveau; les trois autres cas ont été communiqués à la réunion de Brighton.

Le succès complet de cette intervention chirurgicale est prouvé par ce fait que dans deux cas la plaie fut guérie en quatre jours, que dans le troisième elle a guéri en une semaine; dans le quatrième qui est considéré à ce point de vue comme le moins heureux, toute la plaie, à l'exception d'un sixième, a guéri par première intention. Il serait difficile d'imaginer une preuve plus complète de la valeur des expériences bien dirigées sur les animaux. S.

La crémation en Allemagne.

La crémation fait de grands progrès en Allemagne; il y a eu récemment à Gotha une réunion des délégués des différentes sociétés d'Allemagne pour la crémation et aussi de plusieurs autres pays comprenant la Suisse, la Hollande, l'Amérique qui était représentée par M. Storer Lobb, de Troisier, lequel fait maintenant en Allemagne des conférences sur ce sujet. La réunion a discuté et approuvé les statuts d'une association générale des sociétés pour la réforme funéraire et l'adoption de la crémation et cette association est formée des sociétés locales de Berlin, Dresde, Postdam, Francfort, Darmstadt, Leignitz, Chemnitz, Heidelberg, Leipsig, Hambourg, Vienne, etc. Ces sociétés ont déjà deux services appelés Gesundheit et Neue Flamme. Les délégués ont examiné un fourneau à l'œuvre dans le cimetière de Gotha et le bourgmestre leur assura que la répugnance de beaucoup de monde pour cette forme de funérailles a été surmontée par la vue de la manière convenable et appropriée avec laquelle les corps sont réduits en cendres par l'action rapide du feu (*The British med. Journ.*, 9 oct.).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 10 octobre 1886 au samedi 16 oct. 1886, les naissances ont été au nombre de 1077 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 414; illégitimes, 136. Total, 550. — *Sexe féminin* : légitimes, 394; illégitimes, 133. Total, 527.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 oct. 1886 au samedi 16 oct. 1886, les décès ont été au nombre de 935, savoir : 508 hommes et 427 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 20, T. 29. Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 11, T. 15. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 9, F. 4, T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 12, F. 6, T. 18. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 1, T. 3. — Infections puerpérales : 1. — Autres affections; épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 14, F. 12, T. 26. — Phthisie pulmonaire : M. 136, F. 83, T. 219. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 13, T. 21. — Autres affections générales : M. 33, F. 43, T. 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 21, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 6, T. 16. — Pneumonie : M. 12, F. 15, T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 15, T. 22. — Athrepsie : M. 50, F. 48, T. 98. — Autres maladies des divers appareils : M. 139, F. 111, T. 250. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 28, F. 6, T. 34. — Causes non classées : M. 10, F. 8, T. 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 14. Total : 37 — *Sexe féminin* : légitimes, 30; illégitimes, 16. Total : 46.

© BIU Santé

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX. — La seconde question posée vendredi dernier à l'épreuve orale d'anatomie a été : *Veines superficielles du membre supérieur.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — (*Ecole pratique*). — *Médecine opératoire.* M. le Dr MICHAUX, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 19 octobre 1886, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux Etudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible, à partir de lundi 11, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, de 1 heure à 4 heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. TRAILL est maintenu dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pendant l'année scolaire 1886-1887.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. PORTERET, docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Masson, démissionnaire. M. HUGONNENQ, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux du laboratoire de chimie organique à ladite Faculté, en remplacement de M. Guérin, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE NANCY. — Le 9 novembre, un concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, pour une place de suppléants des chaires de pathologie et clinique médicales vacante à l'Ecole préparatoire de médecine de Besançon. — Le 15 juin, un concours s'ouvrira à la Faculté de Nancy, pour deux places de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, vacantes à l'Ecole de médecine de Besançon. — Des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy ; le 28 octobre, pour deux places d'aide d'anatomie, le 9 novembre, pour l'internat, le 11 novembre, pour l'externat, le 16 novembre, pour une place de chef des travaux de chimie, le 2 décembre, pour une place de chef de clinique ophthalmologique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — Par arrêté ministériel du 14 octobre 1886, la chaire de physique de cette Faculté est déclarée vacante.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — Par décret, en date du 15 octobre 1886, M. BAILLAUD, doyen, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ECOLES DE GARDE-MALADES AUX ETATS-UNIS. — D'après la statistique du bureau national d'éducation, on compte actuellement aux Etats-Unis 37 écoles de garde-malades.

ÉCOLE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE L'ASILE SAINTE-ANNE. — Les cours commenceront le mardi 19 octobre 1886, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre de l'admission, et se continueront les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Programme pour l'année scolaire 1886-1887 : Anatomie ; Physiologie ; Hygiène ; Pansement ; Petite chirurgie et applications hydrothérapiques ; Petite pharmacie. — Ces cours se feront sous la direction de MM. BOUCHEREAU, DAGONET, MAGNAN, médecins en chef, et QUESNEVILLE, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne. — Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'asile.

ASILES ET ECOLES POUR LES IDIOTS. — D'après une statistique récente, il y aurait aux Etats-Unis 18 asiles-écoles pour les enfants idiots, les imbéciles, etc.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'EURE. — Une place d'interne est vacante à l'asile d'Evreux, 800 fr. par an, logement, nourriture, chauffage, blanchissage et éclairage.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 3 octobre 1886, M. Pouvreau, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

SERVICE DE SANTÉ. — La commission chargée d'examiner la loi sur le recrutement a modifié comme suit les dispositions relatives aux membres du corps médical et pharmaceutique. Les docteurs en médecine, les pharmaciens de première classe et les vétérinaires diplômés accomplissant leur service en qualité d'auxiliaires dans un corps de troupe, peuvent, si après une année de présence ils sont l'objet d'un rapport favorable, être nommés docteurs, pharmaciens ou vétérinaires de réserve et renvoyés dans leurs foyers. Le nombre des jeunes gens qui jouiront du bénéfice de cette dernière disposition sera fixé chaque année par le ministre de la guerre. La commission, à propos de l'article 24, s'est préoccupée de la situation des élèves de l'école de santé militaire et des élèves boursiers des écoles vétérinaires ainsi que de la contradiction qui existe entre le fait d'un engagement d'honneur et une sanction pénale pour les cas de manquement à cet engagement. Elle a remplacé l'engagement d'honneur par un engagement pur et simple, et a réduit de 10 à 6 ans la durée de ce nouvel engagement.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr J. ALBENOIS (de Marseille). — M. le Dr ZANINI (de Sandrigo), mort avec la mission Porro ; il a laissé à son pays natal la somme de 160,000 fr. pour la construction d'un hôpital. — M. le Dr BERNIER (Jean), de Brunehamel. — M. le Dr Joseph JOUGLA, médecin de l'hôpital et rédacteur du *Journal de Toulouse*.

L'Administration de l'ANNUAIRE MÉDICAL et pharmaceutique de la France, du Dr Roubaud, et de l'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE de l'Union médicale réunis, 21, rue de la Monnaie, Paris, prie nos confrères de vouloir bien lui retourner au plus tôt le bulletin de renseignements qui leur a été adressé dernièrement. — Le retour non effectué de ce bulletin pourrait empêcher leur inscription cette année dans le susdit annuaire.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 25. — 1er *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Gautier, Gay, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Desplats, Hanriot ; — 3e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Remy.

MARDI 26. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Gay, Blanchard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Debove. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Brouardel, Hanot.

MERCREDI 27. — 1er *de Doctorat* : MM. Lutz, Desplats, Pouchet. — 1er *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Gautier, Desplats, Villejean. — 1er *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, Landouzy.

JEUDI 28. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Cornil, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Peter, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Ball, Brouardel, Troisier.

VENDREDI 29. — A 9 heures, 1er *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Baillon, Desplats, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Gay, Blanchard. — A 1 heure, 1er *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Regnauld, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Desplats, Hanriot. — 2e *de Doctorat* 2e partie) : MM. Béclard, Fournier, Ch. Richet.

SAMEDI 30. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Cornil, Grancher, Debove.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière : M. CHARCOT a repris ses conférences cliniques à la consultation du mardi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Médecine.* — M. DUMONTPALLIER. — Consultation, mardi. Spéculum, lundi, jeudi. Clinique tous les jours. — *Salles Serres* (H.) : 12, diabète sucré ; 41, paraplégie syphilitique. — *Salle Valleix* (F.) : 2, hystérie ; 16, néphrite interstitielle ; 18, fièvre typhoïde ; 14, hystérie.

M. CORNIL. — Consultation, vendredi. Spéculum, lundi. Clinique tous les jours. — *Salle Grisolle* (F.) : 2, cancer du poumon, 7, adénie aiguë ; 27, gangrène symétrique des extrémités. — *Salle Rostan* (H.) : 1, ataxie ; 3, hémi-compression de la moelle ; 14, paralysie générale ; 20, kyste hydatique du foie.

M. LANCEREAUX. — Consultation, jeudi. Spéculum, samedi. Clinique le vendredi. — *Salle Lorain* (F.) : 10, paralysie alcoolique ; 11, morphiomanie ; 24, angiocholite suppurée ; 43, gangrène pulmonaire. — *Salle Piorry* (H.) : 2, myélite transverse ; 4, paralysie agitante ; 14, cirrhose alcoolique ; 51, lithiase biliaire, angiocholite.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 44. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 30 OCTOBRE 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

DIXIÈME LEÇON (1).

Transmission du charbon de la mère au fœtus.

SOMMAIRE. De la contagion intra-utérine en pathologie humaine : la variole congénitale en est le type. — Expériences de Brauell-Davaine : le bacillus anthracis ne franchirait pas la barrière placentaire. — Importance doctrinale attribuée à ce fait. Expériences de M. Chamberland et moi ; elles prouvent la transmissibilité de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus. — Pourquoi cette transmission a été méconnue par nos prédécesseurs : ils n'avaient eu recours ni aux cultures, ni aux colorations.

Obscurités qui régnaient sur l'immunité contre le charbon conférée au nouveau-né par la maladie maternelle. — Ces obscurités disparaissent par la notion du passage de la bactéridie charbonneuse à travers le placenta.

Messieurs,

La transmission de certaines maladies virulentes de la mère au fœtus est un fait établi depuis longtemps, par l'observation clinique, en pathologie humaine. Les documents les plus riches à cet égard sont relatifs à la variole et il existe toute une littérature sur « la variole du fœtus, la variole intra-utérine ou variole congénitale. » D'une façon générale, lorsqu'une femme enceinte est atteinte de petite vérole, plusieurs éventualités peuvent se produire : tantôt elle avorte et, dans un certain nombre de cas, le fœtus expulsé présente des traces manifestes d'éruption variolique ; ou bien la grossesse suit son cours normal et la femme donne naissance à un enfant marqué de cicatrices de petite vérole, ou en pleine éruption de pustules varioliques, ou à un enfant chez lequel l'éruption se produit dès les premiers jours qui suivent la naissance, c'est-à-dire à une époque où, d'après nos notions sur la durée de l'incubation de la variole, il est manifeste que la contamination du fœtus a dû se faire pendant la vie intra-utérine. Ou bien encore, l'enfant au moment de la naissance, ne présente aucune manifestation apparente de la variole, mais il témoigne cependant d'une participation évidente à la maladie maternelle par l'immunité dont il jouit à l'égard de la variole spontanée, ou inoculée, ou de la vaccine. Enfin, dans une dernière catégorie de faits, la variole subie par la mère pendant la grossesse ne paraît exercer aucune influence sur le fœtus ; l'enfant, après sa naissance, ne jouit d'aucune immunité et se montre susceptible de contracter une variole ou une vaccine légitime.

Pour d'autres maladies infectieuses, pour la rougeole, la scarlatine, la fièvre intermittente, il existe également des exemples de transmission s'effectuant de la mère au fœtus pendant la vie intra-utérine ; mais ces faits sont beaucoup plus rares et moins nets que pour la variole. Plus complexes encore sont les problèmes que soulèvent la syphilis et la tuberculose héréditaire.

En ce qui concerne le *charbon*, tous les expérimentateurs, jusqu'ici, ont été unanimes à constater que la maladie ne se transmet pas de la mère au fœtus et que le placenta oppose à la bactéridie une barrière infranchissable.

Brauell fut le premier qui s'enquit de la manière dont se comportent les fœtus de mères ayant succombé à l'affection charbonneuse. Ses expériences sont au nombre de quatre et portèrent sur le sang d'un fœtus de jument, morte de charbon, et celui de trois fœtus de brebis ayant succombé à la même maladie. Il constata que le sang de ces fœtus, à l'examen microscopique, ne contenait pas de bactéridies ; ce même sang fut inoculé sans résultat à des moutons (1). Il fut ainsi conduit à formuler la conclusion suivante :

« Les embryons des animaux morts de charbon ne présentent aucune des altérations anatomiques propres au charbon. Le sang lui-même n'offre rien d'anormal : de ces faits observés par moi, ainsi que des résultats négatifs des inoculations du sang fœtal, on peut conclure que le charbon ne passe pas de la mère au fœtus (2). »

Brauell se borna à cette simple constatation, sans insister davantage sur sa portée. Neuf ans plus tard, Davaine répéta ces expériences avec le même résultat ; il ne paraît pas, du reste, avoir eu connaissance du travail du vétérinaire de Dorpat, car il ne le cite point.

Dans une note lue à l'Académie de médecine, où il cherche à établir que la bactéridie est bien la cause véritable du charbon et où il signale les difficultés pratiques de la filtration du sang charbonneux, Davaine s'exprime ainsi :

« Le filtre que l'industrie humaine ne peut nous procurer, la nature peut nous le fournir ; on sait en effet que, chez les mammifères en état de gestation, le placenta ne laisse point passer les corps solides les plus petits, ni les corpuscules du sang, ni les substances les plus ténues que l'on emploie dans les injections. Il était donc très probable que les bactéridies, qui sont des corps solides, ne passeraient point de la mère au fœtus, et j'ai en effet pu vérifier ce fait, dans un nombre de cas suffisants pour acquérir à ce sujet une certitude. Cela posé, si les bactéridies et le virus charbonneux sont une même chose, le sang du fœtus qui ne reçoit point de bactéridies doit être incapable de produire le charbon ; c'est ce qu'a montré l'expérience suivante :

« J'ai inoculé un cobaye en état de gestation très avancé avec du sang charbonneux. Le cobaye étant mort deux jours après l'inoculation, offrait dans son sang et dans celui du placenta des myriades de bactéridies ; mais il n'y avait aucun de ces corpuscules visible dans le sang ou dans les organes du fœtus, qui se trouvait seul dans la matrice.

« Quatre cobayes alors furent inoculés, l'un avec le sang du placenta, qui contenait des bactéridies, et les trois autres avec celui du cœur, de la rate et du foie du fœtus, qui n'en contenait pas. Or, le premier cobaye mourut le lendemain, infecté de nombreuses bactéridies, tandis que les trois autres, ino-

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39 et 40.

(1) Comme mode d'inoculation, Brauell se servait le plus souvent d'un fil imprégné de sang et passé en séton sous la peau de la nuque ou de l'oreille ; dans d'autres cas, il inoculait à la lancette. — Nous avons déjà dit que ces procédés sont moins certains que l'injection sous-cutanée à l'aide de la seringue de Pravaz.

(2) Brauell, *Weitere Mittheilungen über Milzbrand und Milzbrandblut* (*Virchow's Arch.* 1858, t. XIV, p. 432).

© BIU Santé

culés avec le sang du fœtus, ne furent nullement malades, et je les conservai vivants pendant plusieurs mois encore (1). »

M. Bollinger, M. Chauveau répétèrent ces expériences sur des brebis pleines, avec le même résultat, et ainsi le fait du non-passage du bacillus anthracis à travers le placenta fut universellement accepté ; les expériences de Brauell et de Davaine prirent une véritable importance doctrinale ; elles furent sans cesse invoquées comme une des preuves les plus décisives que, dans les liquides charbonneux, la virulence est inhérente à la bactéridie et qu'elle ne réside pas dans des substances solubles, capables de diffuser à travers les membranes de l'œuf.

Dans leurs recherches sur le *charbon symptomatique*, MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont constaté sur des brebis pleines que la bactérie qui est l'agent de cette maladie franchit la barrière placentaire et se retrouve dans le sang du fœtus. Ils enregistrent ce fait comme un caractère différentiel de plus, à ajouter à ceux qui distinguaient déjà le charbon symptomatique du charbon proprement dit (2).

Au commencement des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, M. Chamberland et moi, en 1882, sur la transmission des maladies virulentes aiguës de la mère au fœtus, nous arrivâmes d'abord, en ce qui concerne le charbon, à des résultats identiques à ceux obtenus par nos prédécesseurs. Les fœtus des femelles de cobaye mortes de charbon nous parurent indemnes et leur sang, à l'examen microscopique, privé de bactéridies. Le non-passage du bacillus anthracis à travers le placenta nous parut d'autant plus remarquable que, dans le même temps, nous étions arrivés à constater la transmission, de la mère au fœtus, de deux autres maladies à microbes bien déterminés : le choléra des poules et la septicémie expérimentale aiguë de Pasteur (3).

Mais quelques semaines après (4), à la suite d'expériences nouvelles et plus nombreuses, nous arrivâmes à des résultats positifs qui nous permirent d'affirmer que la loi de Brauell-Davaine, dans la formule absolue que ces expérimentateurs lui ont attribuée, est erronée. Nos recherches montrèrent, d'une façon certaine, que *dans le charbon, chez le cobaye, la barrière placentaire est souvent franchie, que le sang fœtal peut contenir des bactéridies et être virulent.*

Nos expériences portèrent sur des femelles de cobaye, au nombre de plus de vingt, à diverses périodes de la gestation. Elles furent inoculées soit avec de la culture virulente de charbon, soit avec de la culture atténuée (deuxième vaccin de Pasteur), virulente encore pour le cobaye. Ces animaux succombèrent au charbon type, dans un temps variant entre 36 et 60 heures.

Immédiatement après la mort, les fœtus étaient extraits rapidement et avec soin et plongés aussitôt dans de l'eau bouillante, pendant un temps plus que suffisant pour tuer les quelques bacilles provenant du sang maternel ou placentaire qui aurait pu souiller leur peau. Les vases recevant les fœtus après leur extraction, les instruments destinés à les ouvrir étaient rigoureusement flambés, de sorte que nul soupçon de contamination par le sang maternel ne pouvait subsister.

Des prises de sang furent faites, à l'aide d'une pipette effilée, sur chaque fœtus, dans le foie et dans le cœur ; la surface de ces organes, par surcroît de précaution, était toujours brûlée au point où la pipette allait puiser le sang. Le sang ainsi recueilli fut : 1° examiné au microscope ; 2° semé dans du bouillon de veau neutralisé et mis à l'étuve à 37° ; 3° inoculé à un certain nombre de cobayes. L'examen microscopique du sang fœtal (que nous pratiquâmes, il est vrai, à cette époque, sans recourir aux procédés de coloration) ne nous permit point de constater la présence de bactéridies. Les globules rouges du sang fœtal n'offraient pas non plus l'état agglutinatif caractéristique du sang charbonneux. A cet égard, les faits paraissaient donc, de prime abord, conformes à ceux observés par Brauell, Davaine, etc.

Il en fut tout autrement des résultats que donnèrent les cultures. Plusieurs éventualités se présentèrent : Dans quelques cas, les plus rares, le sang puisé dans *tous les fœtus* que renfermait la mère (1) demeura stérile. Dans d'autres cas, chez la même femelle dont l'utérus contenait une portée de 2, 3, 4 ou 5 fœtus, le sang d'un seul, ou de deux, trois, etc., fut semé avec succès, le sang des autres fœtus se montrait stérile. Enfin, dans certains cas, tous les petits d'une même portée donnèrent du sang dont la culture fut féconde.

Nous avions soin de semer, dans plusieurs flacons de bouillon, du sang recueilli sur un même fœtus, et de le semer en quantité notable (plusieurs gouttes pour un flacon). Or, des cas se sont présentés où quelques-uns de ces flacons demeurèrent stériles, tandis que d'autres flacons, ensemencés avec le même sang, cultivèrent. Cela prouve combien est petit le nombre des bacilles contenus dans le sang fœtal : ils y sont, pour ainsi dire, par unités, puisqu'on peut prélever sur des fœtus une quantité notable de sang (plusieurs gouttes) qui ne donne rien par la culture et par conséquent ne renferme aucune bactéridie.

La culture nous révéla donc la présence, dans le sang fœtal, de bacilles en très petit nombre. Cette notion inattendue nous engagea à pratiquer un certain nombre d'inoculations avec du sang de fœtus sur des cobayes variés. Nous eûmes soin d'employer pour cette inoculation une dose relativement considérable de sang fœtal (deux à trois divisions de la seringue de Pravaz). Dans un certain nombre de cas, ces inoculations échouèrent ; dans d'autres, elles donnèrent au contraire des résultats positifs et les animaux inoculés succombèrent au charbon. D'où cette conclusion que, dans un certain nombre de cas, *le sang du fœtus est virulent.*

Ces résultats ont été obtenus sans que la période plus ou moins avancée de la gestation, la marche plus ou moins rapidement mortelle du charbon ni le moment, après la mort, où a été pratiquée l'autopsie, y aient apporté de différence appréciable. Dans un certain nombre de cas, nous avons eu soin de pratiquer l'autopsie immédiatement après la mort, pour éviter la gestion du passage, *post mortem*, du bacille à travers le placenta. Des résultats positifs ont été obtenus dans ces

(1) Davaine. (*Acad. de médecine*, séance du 3 décembre 1867).

(2) Arloing, Cornevin et Thomas, *Sur l'état virulent du fœtus chez la brebis morte de charbon symptomatique.* (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1882, t. 92, p. 739.)

(3) Straus et Chamberland, *Recherches expérimentales sur la transmission des maladies virulentes aiguës de la mère au fœtus.* (*C. R. de la Société de biologie*, 4 nov. 1882, p. 683.)

(4) Straus et Chamberland, *Passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus.* (*C. R. de la Société de biologie*, 16 décembre 1882, p. 804, et *C. R. de l'Académie des sciences*, 18 décembre 1882, t. 95 p. 1290). — Voyez aussi : Straus et Chamberland, *Recherches expérimentales sur la transmission de quelques maladies virulentes*, en particulier du charbon, de la mère du fœtus. (*Arch. de physiol.*, 1883, t. I,, p. 435).

(1) On sait que l'utérus (double) des cobayes peut contenir un nombre de fœtus variant entre 1 et 5.

© BIU Santé

cas aussi bien que dans ceux où l'autopsie avait été plus tardive.

Le placenta ne constitue donc point, comme on l'a cru jusqu'au moment de nos recherches, une barrière infranchissable pour le bacillus anthracis. Dans un certain nombre de cas, le sang des fœtus de mères charbonneuses renferme des bactéridies, en assez faible quantité, il est vrai, pour que la culture soit nécessaire pour les déceler avec sûreté. De même, ce sang se montre virulent si l'on a soin d'en employer, pour l'inoculation, des quantités assez notables. Le placenta n'est donc pas un *filtre parfait* à l'égard du bacillus anthracis ; mais il joue cependant un rôle de filtration manifeste, puisqu'il ne livre passage qu'à un nombre restreint de microbes. Dans quelques cas seulement, cas exceptionnels, la filtration est parfaite et le sang du fœtus peut ne posséder réellement ni bactéridies, ni virulence.

La loi de Brauell-Davaine, qui généralisait une exception, est donc erronée : erreur qui fut heureuse à un moment donné, et profitable à la science, puisqu'elle a fourni à la théorie parasitaire des maladies infectieuses un des arguments en apparence les plus solides, à une époque où les preuves directes n'abondaient pas comme aujourd'hui.

Des expériences identiques aux nôtres quant au *modus faciendi* et quant aux résultats furent faites à Turin, par M. Perroncito. Comme nous, l'expérimentateur italien s'assura, par la méthode des cultures et par l'inoculation, que le sang des fœtus de femelles de cobayes charbonneuses est souvent, mais non constamment, virulent. Il établit en outre que la transmission est due au passage à travers le placenta de bacilles, et non de spores, comme l'avait annoncé d'une façon erronée M. Griffini (1).

Plus récemment, M. Koubassoff a répété également nos expériences avec des résultats semblables. Il dit même avoir constaté, par l'examen de coupes colorées des divers organes des fœtus, que le bacillus anthracis se rencontre constamment dans ces organes, en d'autres termes, que la transmission s'effectuerait toujours, sur tous les fœtus d'une même portée (2). Cette assertion aurait besoin d'être vérifiée.

Cette notion nouvelle du passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus est importante, surtout au point de vue de l'interprétation de l'immunité transmise au fœtus par la maladie subie par la mère pendant la gestation. La façon la plus naturelle de comprendre cette immunité consiste à l'attribuer à une atteinte légère, mais réelle, de la maladie maternelle. Mais avec nos idées actuelles sur la cause des maladies virulentes, cette atteinte, si faible qu'elle soit, ne peut guère être expliquée sans l'intervention directe du micro-organisme pathogène, cause unique et nécessaire de la maladie.

Pour le charbon, cette interprétation si satisfaisante de l'immunité transmise au fœtus était contredite par la loi classique de Brauell-Davaine. De là, un certain malaise pour la théorie, et des tentatives d'explication plus ou moins heureuses ; les choses sont devenues plus claires grâce à cette notion nouvelle de la transmissibilité du bacillus anthracis de la mère au fœtus.

(1) Perroncito, *Sulla trasmissione del carbonchio dalle madri ai feti*. (*Academia dei Lincei*, série 3, vol. XIV, séance du 4 mars 1883.)

(2) Koubassoff, *Passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus*. (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1885, t. CI, p. 101.)

M. Chauveau est le premier qui ait signalé des faits d'immunité contre le charbon conférée au mouton nouveau-né par la maladie subie par la mère pendant la gestation. Chez les moutons algériens, il constata que l'immunité déjà naturellement très forte dont ces animaux sont doués contre le charbon peut être renforcée par des inoculations répétées de très petites doses de virus. Ces inoculations préventives déterminent cependant chez les moutons une fièvre légère, de l'engorgement ganglionnaire, etc.

« Sur les agneaux qui viennent de naître, dit M. Chauveau, on observe, après les inoculations préventives, les mêmes phénomènes que chez les adultes : parfois malaises apparents, toujours élévation de la température rectale et tuméfaction plus ou moins évidente des ganglions voisins de la région inoculée. Or, aucun de ces phénomènes ne se manifeste sur le jeune agneau dont la mère a été plusieurs fois inoculée dans les derniers mois de la gestation. La résistance du jeune sujet est alors aussi complète que possible. C'est le 24 septembre 1879 que j'ai constaté ce fait pour la première fois sur un agneau né le 8, d'une mère qui avait été inoculée le 5 et le 21 juillet précédents. Littéralement couvert de piqûres d'inoculations à diverses reprises, cet agneau ne présenta jamais trace de tuméfaction ganglionnaire ni d'élévation de la température rectale. Il en fut exactement de même des deux autres agneaux dont les mères avaient été inoculées, trois et quatre semaines avant la mise-bas, avec de notables quantités de virus introduites par injections sous-cutanées.

« De ce fait découlent d'importantes conséquences pour la théorie de l'immunité. Comme l'a si bien démontré M. Davaine, les bâtonnets bactéridiens ne se multiplient pas dans le sang du fœtus, même quand on en trouve de prodigieuses quantités dans le sang de la mère. Les éléments normaux solides du sang ne passent pas, du reste, plus communément d'un système vasculaire dans l'autre. Seul, le plasma sanguin peut faire l'objet d'échanges osmotiques actifs entre la mère et le fœtus. On est donc autorisé à conclure, relativement aux inoculations préventives du sang de rate : 1° *que le contact direct de l'organisme animal avec les éléments bactéridiens n'est pas nécessaire à la stérilisation ultérieure de cet organisme* ; 2° que les inoculations préventives agissent sur les humeurs proprement dites, rendues stériles et stérilisantes, soit par soustraction de substances nécessaires à la prolifération bactéridienne, soit plutôt par addition de matières nuisibles à cette prolifération (1). »

Si, comme nous l'avons démontré, la loi de Brauell-Davaine est inexacte, ces considérations, quelque ingénieuses qu'elles soient, tombent du même coup. Puisque la bactéridie passe, dans un certain nombre de cas du moins, au fœtus, elle doit provoquer dans l'organisme de ce dernier les mêmes effets que chez la mère elle-même : une véritable maladie charbonneuse. Tantôt le charbon subi par le fœtus sera assez intense pour le faire mourir, d'où l'avortement ; d'autres fois, la maladie charbonneuse, déjà très atténuée chez la mère (dans les inoculations d'après la méthode de Pasteur, ainsi que dans les inoculations préventives des brebis algériennes de M. Chauveau), le sera également, et peut-être davantage, chez le fœtus. Nos expériences, en effet, nous ont appris que les bactéridies ne se rencontrent dans le sang du fœtus qu'en quantité très minime ; d'autre part, nous savons aussi, à la suite des belles recherches de M. Chauveau, quelle atténuation on obtient, quant aux effets des inoculations virulentes,

(1) Chauveau, *Du renforcement de l'immunité des moutons algériens, à l'égard du sang de rate, par les inoculations préventives. Influence de l'inoculation de la mère sur la réceptivité du fœtus*. (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1880, t. 91, p. 148.)

© BIU Santé

par la réduction du nombre des microbes inoculés (1). Le charbon éprouvé par le fœtus dans ce cas sera donc très atténué, mais suffisant cependant pour conférer ultérieurement au nouveau-né une immunité plus ou moins durable. Enfin, il est des cas où aucune bactéridie ne franchit le placenta ; ce sont là aussi les cas où le nouveau-né, malgré la maladie subie par la mère, ne présente aucune immunité.

L'immunité conférée par la mère au fœtus résulte donc de la contamination directe de l'organisme fœtal par le bacillus anthracis ; en d'autres termes, elle dérive d'une maladie charbonneuse, plus ou moins atténuée, mais réelle et effective, transmise par la mère au fœtus. (*A suivre*).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Un cas d'éclampsie ;

Par M. le Dr DAMERON (de Hœrdt).

J'ai eu l'occasion d'observer au mois de janvier dernier un cas d'éclampsie qui, il est vrai, n'offre rien de particulier en lui-même, mais que je voudrais porter à la connaissance du public médical uniquement à cause des réflexions qu'il a su m'inspirer au point de vue prophylactique et thérapeutique de cette maladie.

9 *janvier*. Je suis appelé chez une jeune femme enceinte au sixième mois. Elle me consulte pour un œdème considérable des membres inférieurs qui l'inquiète beaucoup. Pour obvier à l'éventualité d'une explosion éclamptique, j'ordonne à la malade de garder le lit avec l'injonction de faire prendre aux jambes une position élevée allant en pente des pieds aux cuisses.

10 *janvier*. Après avoir vaqué aux affaires du ménage, la patiente se décide à suivre mes susdits conseils. L'effet en fut très rapide. Au bout de quelques heures, disparition complète de l'œdème, si bien qu'on pouvait facilement soulever des plis de la peau. Mais la joie qu'en éprouvait la malade ne devait être que de courte durée. Presque en même temps éclatèrent, coup sur coup, des symptômes de mauvaise augure : Sensation de plénitude au niveau du creux de l'estomac, respiration un peu gênée, éructations et vomissements incoercibles, céphalalgie intense ; finalement, dans la nuit, surviennent des convulsions généralisées à tout le corps. Les accès se succèdent rapidement. Dans les intervalles, la malade reste plongée dans le plus profond coma. La mort par asphyxie menaçant de terminer cette terrible scène, je fais administrer deux grammes de chloral en lavement et, en même temps, je chloroformise énergiquement. L'effet des inhalations fut presque immédiat. Les attaques devinrent de plus en plus faibles et les intervalles de plus en plus longs. Au bout de deux heures, tout sembla rentré dans l'ordre. La malade avait l'air de dormir d'un sommeil naturel.

Domicilié juste en face, je laisse la malade aux soins de la sage-femme avec les indications nécessaires.

11 *janvier*. Je revois la malade à neuf heures du matin. J'apprends qu'elle s'était réveillée à huit heures. Elle donne des réponses très nettes aux questions que je lui pose ; toutefois, elle ignore absolument ce qui s'était passé depuis la première attaque. Après mon départ, elle retomba dans un profond sommeil troublé par de nouveaux accès. En présence de ces derniers, j'ai encore, à ma deuxième visite, à onze heures, recours au chloroforme qui se montre de nouveau très efficace. Même état comateux comme la nuit précédente. A six heures du soir, après avoir continuellement entretenu la narcose, désespérant d'arriver de cette façon à un résultat favorable définitif, je me décide à procéder à l'accouchement prématuré. Je trouve, au toucher, une légère dilatation du col. Pendant les quelques minutes que je m'absente pour faire les préparatifs nécessaires, l'expulsion du fœtus a lieu spontanément, alors que tout le monde s'y attendait le moins. Extraction du placenta. Mais, au lieu de voir diminuer les convulsions, ces dernières redoublent de fréquence et d'intensité. Je continue la chloroformisation à hautes doses, maintenant de cette façon une narcose suffisante pour prévenir de nouveaux accès qui, à ce moment, vu l'état de prostration extrême, auraient facilement pu précipiter le dénoûment fatal. A partir de minuit, les attaques cessèrent complètement, la malade ne se réveilla que le lendemain.

12 *janvier*. A huit heures du matin, elle revient à elle, sans avoir la moindre conscience de quoi que ce soit. Pas moyen de lui faire comprendre sa situation tellement elle est encore sous l'influence étourdissante du chloroforme et de la commotion générale à la suite de ses attaques. La journée, en somme, est un peu agitée. La nuit, par contre, fut calme.

13 *janvier*. Le cerveau est plus dégagé, les idées sont plus coordonnées et plus raisonnées. Tout danger paraît conjuré. Effectivement, les jours suivants apportèrent un mieux sensible allant toujours croissant et huit jours plus tard elle était complètement rétablie. Jusqu'à ce jour, elle se réjouit de la plus parfaite santé.

Voici les raisons pour lesquelles j'ai cru devoir appeler l'attention du lecteur sur cette observation qui, certainement, n'a pas la prétention d'être nouvelle en son genre, mais qui, à cause des conséquences pratiques qu'il y aurait peut-être lieu d'en tirer, à deux points de vue différents, comporterait peut-être une certaine importance. En premier lieu, j'ai été vivement frappé de cette singulière coïncidence, tout particulièrement marquée, de la *diminution tellement rapide de l'œdème avec l'invasion instantanée* des symptômes préliminaires de l'éclampsie. Le principe toxique, ce me semble, cause effective du mal, suspendu dans le liquide dont la résorption s'est effectuée beaucoup trop vite pour avoir pu être chassé de l'organisme par les voies ordinaires, entraîné par suite dans la circulation sanguine à mesure que l'œdème des membres inférieurs refluait vers le corps et, partant, gagnait les centres nerveux, ce principe toxique provoqua de cette façon, un grand trouble fonctionnel du système nerveux. Par conséquent, chez une femme enceinte, accusant une notable exsudation aux membres inférieurs, la position élevée de ces derniers dans le but de faire disparaître cet empâtement œdémateux, et, en d'autres termes, la provocation d'une résorption trop rapide de ce liquide, ne serait-elle pas une contre-indication formelle, vu le risque des accidents que, grâce à cette méthode, on s'efforcerait de prévenir ? Il s'agit ici d'une question de détail en fait de prophylaxie par rapport aux convulsions éclamptiques ; mais, néanmoins, elle constitue, à mon avis, un détail qui, si par des publications ultérieures de ce genre, le bien fondé de ce que j'avance devait se confirmer, pourrait gagner une certaine importance dans l'histoire de cette maladie. Du reste, c'est une simple hypothèse qui demande à

(1) Chauveau, *De l'atténuation des effets des inoculations virulentes par l'emploi de très petites quantités de virus*. (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1881, t. 94, p. 844.)

© BIU Santé

être ratifiée par des observations semblables. Ou, est-ce qu'un étrange hasard aurait mis la main dans le jeu ? Je n'en sais rien. En second lieu, je voudrais, en passant, rendre attentif aux effets réellement étonnants des inhalations prolongées de chloroforme, qui, sans avoir eu la moindre conséquence fâcheuse, ont si avantageusement modifié la marche de la maladie et qui ont certainement sauvé la vie à notre malade en coupant des accès à même d'entraver la respiration jusqu'à la rendre impossible, grâce à leur fréquence et leur intensité.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tumeur de l'arrière-cavité des épiploons. — Laparotomie. — Mort (1) :

Par M. GUILLET, interne des hôpitaux.

La nommée L..., domestique, âgée de 22 ans, entre le 1er avril 1886, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 1, service de M. Tillaux.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de la poitrine ; sa mère, âgée de 56 ans, est paralysée depuis sept ans. Elle a deux sœurs qui se portent bien. Elle ne se souvient pas avoir entendu dire qu'il y ait eu, dans sa famille, de tumeurs de mauvaise nature.

Antécédents personnels. — Elle-même a toujours eu une bonne santé ; elle se rappelle cependant qu'elle a toujours eu le ventre un peu gros, et que, dans son enfance, un médecin consulté à ce sujet, avait dit qu'elle avait le carreau. Réglée à l'âge de 13 ans, elle est accouchée, au mois de novembre dernier, à la Maternité, avant terme, d'un enfant qui vécut six semaines. A ce moment, M. Marchand a constaté dans l'abdomen l'existence d'une tumeur, qu'il crut être une tumeur fibreuse de l'utérus. Après son accouchement, la malade a été envoyée au Vésinet ; c'est alors qu'elle ressentit, pour la première fois, des douleurs dans le ventre et des tiraillements dans les reins, ce qui l'obligea à rentrer à la Maternité vers la fin de décembre. Elle y resta trois mois, dans le service de M. Labadie-Lagrave ; au mois de mars, on lui fit une ponction, qui ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang. Le ventre ayant continué à augmenter de volume, la malade s'est décidée à entrer à l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer.

État actuel. — Le ventre présente une voussure manifeste dans sa moitié supérieure ; le flanc gauche semble être le siège principal de cette saillie, qui s'étend dans l'hypochondre correspondant, l'épigastre et la région ombilicale. La partie inférieure de l'abdomen paraît indemne. A la palpation, il est facile de reconnaître l'existence d'une tumeur à grand axe transversal, étendue du flanc gauche vers le flanc droit, où elle se termine en s'effilant. Cette tumeur est nettement délimitée, en bas, par un bord arrondi, qui, partant un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, va passer à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Son bord supérieur, bien plus difficile à sentir, se dissimule derrière les fausses-côtes, au niveau de l'hypochondre gauche. Son extrémité gauche repose à l'union de la région lombaire et du flanc gauche ; son extrémité droite se perd insensiblement vers le flanc droit. La consistance de cette tumeur est ferme ; sa surface lobulée, un peu irrégulière. Il est possible de lui imprimer quelques mouvements dans le sens vertical et dans le sens horizontal. Il y a de la matité dans toute son étendue ; mais, quand on fait changer la malade de position, on trouve, au-dessus de la tumeur, des zones de sonorité, qui sont dues à l'interposition d'anses intestinales entre elle et les parois abdominales. L'utérus est mobile et les culs-de-sac sont libres. Les règles sont supprimées depuis deux mois. L'état général semble bon ; l'examen du sang nous apprend que la proportion voulue des globules rouges et des globules blancs est gardée. Les urines sont normales. Après l'examen attentif de la maladie, M. Tillaux discute le diagnostic ; il rejette les trois hypothèses suivantes : 1° Celle d'une tumeur de l'utérus ou des ovaires, parce que ces organes sont libres et que la tumeur siège manifestement dans la partie supérieure de l'abdomen, par où elle a débuté ; 2° celle d'une tumeur du foie, parce qu'il existe une zone de sonorité entre la tumeur et cet organe ; 3° celle d'une tumeur de la rate, parce que la tumeur n'a pas la forme des tumeurs de la rate et qu'elle a pour siège principal le flanc gauche et non l'hypochondre, qui ne présente pas de déformation très marquée. Il s'arrête au diagnostic de sarcome du rein gauche ou de sarcome du mésentère. Certains signes sont en faveur de la première hypothèse : le siège de la tumeur, par exemple, mais aussi d'autres signes sont en opposition avec elle ; c'est ainsi qu'il n'existe pas de troubles urinaires, que la tumeur est plus mobile que ne le sont, en général, les tumeurs du rein. Il y a bien aussi quelques signes en faveur de la seconde hypothèse ; mais les tumeurs du mésentère sont généralement plus mobiles ; elles occupent un siège plus médian. Il est impossible de pousser le diagnostic plus loin. Cependant la malade, éprouvant des douleurs incessantes, qui lui rendent tout travail impossible, réclame instamment une opération qui est décidée et faite le 27 mai.

Opération. — Une incision est pratiquée sur les parties latérales de l'abdomen, depuis l'épine iliaque antéro-supérieure gauche jusqu'à la dernière côte ; elle est prolongée plus tard par une seconde incision de quelques centimètres, parallèle à l'arcade crurale. Cette incision comprend les différents plans qui forment les parois abdominales et conduit sur le péritoine, qui est ouvert directement. On se trouve alors en présence d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte, reposant sur la colonne vertébrale, sur les côtés de l'aorte, au-devant du rein, qui en est complètement indépendant. Cette tumeur est recouverte d'un autre feuillet péritonéal, qui est incisé ; puis elle est énucléée avec quelque difficulté, mais sans perte de sang. Il en résulte une plaie anfractueuse qu'on aseptise le mieux possible ; puis l'on procède aux sutures des parois abdominales. En somme, l'opération s'est bien passée ; mais, dès ce moment, la malade tombe dans un état syncopal dont il est impossible de la faire sortir ; le visage est pâle, les battements du pouls deviennent extrêmement fréquents. La nuit suivante est passable ; mais le lendemain surviennent de vives douleurs dans le ventre, et la malade meurt à dix heures du soir.

A l'*autopsie*, nous trouvons l'abdomen dans l'état où nous l'avions laissé après l'opération ; il n'y a aucune trace de péritonite, pas plus que d'épanchement sanguin. La plaie opératoire est nette. Aussi M. Tillaux croit-il que la malade a succombé au choc opératoire.

L'autopsie nous permet de nous rendre un compte exact du siège de la tumeur ; elle ne siège ni dans le mésentère, ni dans le rein, mais dans l'arrière-cavité des épiploons. Elle est située entre le côlon transverse, qui est abaissé, et l'estomac fortement relevé, au niveau de la troisième portion du duodénum et du pancréas, et a pour point de départ l'espace rétro-péritonéal. La tumeur a le volume d'une tête d'adulte ; elle pèse près de 6 livres et présente extérieurement l'aspect d'un gros lipome, coloration, aspect lobulé, etc. ; mais quand on l'incise, on trouve dans cette masse graisseuse des productions dures, qui rappellent, par leur forme, des côtes et des vertèbres. Ces productions sont constituées par de la substance osseuse, comme l'a prouvé un examen histologique fait par notre collègue et ami M. Masson. Les unes sont très résistantes, formées de tissu compacte ; les autres sont molles, comme soufflées, dilatées et présentent à leur intérieur de petits kystes, lesquels renferment un liquide muqueux. Cette tumeur présente aussi, à sa partie inférieure, une masse

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 18 juin 1886.

© BIU Santé

polykystique du volume du poing, analogue à celle qui constitue les kystes multiloculaires de l'ovaire. C'est donc une tumeur très complexe et non un lipome pur; on y trouve des éléments très différents. Quel a été l'élément primitif? M. Tillaux pense que la tumeur a été constituée primitivement par des productions osseuses autour desquelles s'est développée plus tard une masse graisseuse et kystique, que c'est une tumeur tératologique, une hétérotopie osseuse, se rapprochant par conséquent un peu des kystes dermoïdes, sans qu'on puisse cependant la rattacher complètement à ces derniers. Il en rapproche une tumeur semblable, dont l'observation est rapportée par M. Péan, dans son livre sur le *Diagnostic des tumeurs de l'abdomen*. Cet auteur y relate un cas de lipome du mésentère, au centre duquel il rencontra une masse calcaire, qu'il fut obligé de scier.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Laïcisation des hôpitaux.

Nous avons annoncé au mois d'août dernier que l'hôpital Necker, l'hôpital des Enfants-Malades et l'hôpital de Forges-les-Bains seraient laïcisés à la fin du mois d'octobre. Cette mesure a reçu son effet jeudi 28 octobre. Nous adressons nos plus vives félicitations à M. le Dr Peyron, directeur de l'Administration de l'Assistance publique et nous espérons qu'il va se hâter de procéder à la laïcisation des six derniers établissements encore confiés aux religieuses: l'hôpital Beaujon, l'hôpital Trousseau, l'hôpital Lariboisière, l'hôpital Saint-Louis, l'hôpital de La Charité et l'Hôtel-Dieu, soit en tout 131 religieuses. Tous les trois mois M. Peyron peut facilement trouver le personnel nécessaire à la laïcisation de deux de ces établissements. Les cours des Ecoles municipales d'infirmières sont, à l'heure actuelle, suivis par 453 élèves qui lui fourniront aisément des sous-surveillantes plus capables que les religieuses.

Séance de clôture du deuxième Congrès francais de chirurgie à Paris.

Le *Congrès des chirurgiens de langue française* vient de terminer sa seconde session. Plus brillante encore que la première, elle a été plus remplie. « Il y a six jours, a dit le président, M. Ollier, à la séance de clôture qui a eu lieu le samedi 23 octobre dans le grand amphithéâtre de la Faculté, nous ne doutions pas du succès ; mais aujourd'hui, à la fin de nos travaux, nous constatons avec joie que le succès a dépassé nos espérances. » De tous les points de la France, en effet, les chirurgiens sont venus en grand nombre assister à ces séances ; en outre, plusieurs chirurgiens étrangers, familiers avec l'usage de notre langue, les ont honorées de leur présence. Nous devons, au nom de la France, les en remercier. Les séances, au nombre de neuf, ont été très chargées, trop chargées même, au point qu'il a fallu abréger les discussions faute de temps. Nous osons croire qu'il vaudrait mieux peut-être procéder autrement. Si les Congrès ont été institués pour que les savants s'éclairent les uns les autres par des discussions bien conduites, il faut ou bien organiser un plus grand nombre de séances lors des réunions annuelles ou bien restreindre le nombre des questions à traiter. Comme l'a dit avec juste raison et tant de compétence M. J. Rochard, le futur président de l'Association française des sciences au prochain Congrès de Toulouse, il faut laisser prendre aux débats toute l'ampleur que les sujets comportent; c'est le but principal des Congrès.

M. Ollier, en déclarant close la session de 1886, a remercié l'assistance et ses collaborateurs de leur bienveillant appui, ce qui lui a rendu plus facile les fonctions si difficiles de président. A la séance privée qui a eu lieu le samedi 23 octobre, le président a donné lecture de différentes pétitions demandant des modifications au règlement. Dans l'une on réclame qu'il ne soit plus possible de faire des communications ayant déjà été lues ou présentées ailleurs et que les mémoires ne puissent être publiés par leurs auteurs que trois mois après l'expiration du Congrès (1). D'autres ont trait à la date, au lieu de réunion du Congrès. Toutes sont renvoyées, selon le règlement, à la Commission permanente. Toutefois, le Congrès a été appelé à se prononcer de suite sur l'époque de l'année à laquelle le Congrès se réunira. L'époque du printemps a été votée à la presque unanimité des membres présents. Le Congrès de Washington a lieu, en effet, en octobre prochain et le plus souvent l'Association française tient ses séances en septembre. Cependant, il ne faut pas oublier que le *Congrès des chirurgiens allemands* a lieu généralement en avril, pendant les vacances de Pâques, et qu'en 1889 l'exposition n'ouvrira qu'au mois de mai. Beaucoup de médecins ne se décideront qu'avec peine à un double déplacement. M. Péan avait demandé que le Congrès eût lieu fin juillet ou au commencement d'août, cette date eût peut-être été adoptée si l'on n'eût fait observer que l'amphithéâtre de l'école ne pouvait pas être libre avant le 15 août (2).

L'époque du printemps admise, une discussion s'est élevée pour savoir si le Congrès se réunirait dès le printemps prochain ou seulement au printemps 1888. Le peu de temps qui séparerait les deux sessions au cas de réunion du prochain Congrès en 1887 a fait remettre la date à 1888 par 30 voix contre 17.

Quant à la date précise du Congrès de 1888, l'Assemblée en a laissé la détermination au choix de la commission permanente qui fera en sorte que cette session ne coïncide pas avec le Congrès allemand, pour permettre aux chirurgiens des pays de l'Est de pouvoir se rendre facilement du lieu où siégera celui-ci à Paris.

M. Balestreri (de Gênes) a versé entre les mains du bureau une somme de 1,000 fr. pour un prix à décerner par concours au meilleur travail sur le tétanos. Les conditions de ce concours seront publiées ultérieurement.

M. Verneuil est nommé président par la presque unanimité des votants, sauf 2 bulletins blancs et 1 voix pour M. Duplouy.

M. Larrey a été nommé vice-président par 48 voix contre différentes voix données à MM. E. Bœckel (8), Pamard (2), Rochard (2), Péan (2), Demons (2), Labbé, Gross, L. Tripier, Duplouy et J. Bœckel (chacun 1 voix).

Les 4 secrétaires titulaires nommés ont été : MM. Picqué, Petit, Coudray et Prengrueber; les secrétaires-adjoints sont : MM. Lagrange, Castex, Jullien et Assaky.

Tout fait espérer qu'en 1888 le Congrès français de chirurgie pourra encore mieux soutenir la comparaison avec les Congrès si suivis et si importants qui ont lieu de l'autre côté du Rhin.

Marc. B.

(1) Nous croyons que les auteurs de cette pétition ont parfaitement raison d'exclure toute communication publiée, sous réserve toutefois de présentation de malades ou de pièces; quant à la deuxième partie de cette pétition nous ne saurions l'approuver; il est en effet des communications importantes que les auteurs désirent publier le plus rapidement possible pour établir leur priorité; qui, du reste, pourrait empêche les correspondants de la presse de sténographier intégralement les communications les plus intéressantes?

(2) Il est cependant probable que dès l'année prochaine le grand amphithéâtre de la nouvelle Ecole pourra être terminé et par suite être mis à la disposition du Congrès.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 octobre 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vulpian étudie l'*origine des nerfs moteurs du voile du palais chez le chien*. Comme M. Chauveau l'avait déjà reconnu chez le cheval, aucune fibre de ces nerfs ne provient du facial ; le nerf masticateur ne contribue pas non plus à l'innervation des muscles de ce voile. Le glosso-pharyngien fournit peut-être des fibres motrices aux muscles staphylins : mais l'origine principale des fibres nerveuses motrices du voile du palais réside dans les filets radiculaires inférieurs du pneumogastrique et dans le filet radiculaire supérieur des nerfs spinaux. Peut-être ces divers filets radiculaires appartiennent-ils tous aux nerfs spinaux ou accessoires de Willis.

M. Brown-Séquard continue ses *recherches sur la rigidité cadavérique*. Bien qu'une coagulation de substances albumineuses puisse contribuer à cette rigidité, la cause principale, et quelquefois la seule, de cet état des muscles, semble se trouver dans une véritable contracture, acte de vie, quoiqu'il existe alors chez des cadavres. Voici quelques nouvelles preuves à l'appui de cette théorie : Après la mort générale, les muscles peuvent être atteints de contracture même quand la moelle épinière a perdu la puissance de mettre en jeu l'irritabilité musculaire. Une cessation de circulation peut causer des contractures ; en l'absence de toute action nerveuse, la contracture, malgré l'existence de la circulation, peut persister ; après la mort, la contracture peut se montrer et disparaître à plusieurs reprises, en l'absence de toute action des centres nerveux. Nulle différence n'existe entre les états de contracture ainsi obtenus et la rigidité cadavérique.

M. Dareste rapporte les résultats de ses nouvelles recherches sur l'*évolution de l'embryon de la poule lorsque les œufs sont soumis à l'inoculation dans la position verticale*. Lorsque le pôle obtus de l'œuf est le point culminant, l'évolution normale est la règle ; c'est le contraire lorsque le pôle aigu est le point culminant. Ces différences paraissent dues à la position de la cicatricule dans les deux cas.

MM. Certes et Garrigou signalent la *présence constante de micro-organismes dans les eaux de Luchon*, recueillis au griffon à la température de 64° : ils étudient leur action sur la production de la barégine. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 octobre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Daremberg a pris sur des cadavres déjà putréfiés des produits tuberculeux qu'il a ensuite inoculés à des lapins. Ceux-ci sont morts d'une septicémie particulière qu'il a pu transmettre encore aux lapins et aux cobayes.

M. Brown-Séquard parle du *rôle de l'inhibition dans les paralysies de cause cérébrale*. Suivant lui, les lésions superficielles ou profondes du cerveau et du cervelet agiraient par simple inhibition sur la moelle dont elles détruiraient l'excitabilité réflexe. C'est ce qui se passe dans les paralysies hystériques qui sont des affections d'ordre dynamique et qui, sans lésions, peuvent durer aussi longtemps que les paralysies ordinaires.

Le même auteur, revenant sur une précédente communication, dit qu'il ne saurait proposer aucune théorie pour expliquer les mouvements de roue comparables en tous points aux mouvements de giration, qu'il provoque chez les lapins auxquels il a sectionné la moelle.

M. Danisz communique une note sur l'*évolution des Péridiniens*. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. Schutzemberger lit le *discours* qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Bouis.

M. Poncet (de Lyon) fait une communication relative à la *ligature de l'iliaque interne droite pour une tumeur pulsatile de la fesse correspondante*. C'est la première opération de ce genre pratiquée en France. Stevens, en 1812, la pratiqua le premier. Dans le cas de M. Poncet, il s'agit d'une jeune homme, âgé de 20 ans, porteur d'une tumeur ayant le volume du poing et siégeant sur la fesse droite. Elle avait alors tous les caractères d'un anévrysme artériel et menaçait de s'ouvrir spontanément. La ligature de l'artère iliaque étant décidée, M. Poncet employa l'incision de Marcellin Duval ; l'artère fut liée avec un fil de soie phéniqué. La tumeur s'affaissa immédiatement et son volume alla chaque jour en diminuant. Après 22 jours de traitement, le malade quitta l'hôpital avec un trajet fistuleux au niveau de l'angle inférieur de la plaie. Deux mois après il succombait à la suite des hémorrhagies et d'une suppuration abondante. L'autopsie démontra un phlegmon suppuré du petit bassin et révéla que les hémorrhagies provenaient du bout inférieur. La tumeur était un angiôme artériel sous-cutané.

M. Erhmann (de Mulhouse) fait la lecture d'un travail sur l'emploi de la *cocaïne dans la staphylorrhaphie partielle*. L'effet analgésique de la cocaïne sur le voile du palais est superficiel, mais ne saurait suppléer le chloroforme dans la palatoplastie, ni même dans la staphylorrhaphie proprement dite.

M. Riche fait une communication sur l'*alcoolisation des vins*, qu'il résume ainsi : la situation est plus satisfaisante qu'en 1870 : le vinage qui était, à cette époque, autorisé jusqu'à 18°, ne l'est plus maintenant qu'à 15°. Le vinage, qui s'exécutait avec des alcools de vins ou d'industrie impurs, s'opère avec des alcools ne contenant que des traces d'alcools supérieurs, et l'on peut exiger que cet alcool soit absolument pur. Dès lors, l'Académie ne peut porter un jugement plus sévère qu'en 1870. Ce n'est pas dans la consommation du vin que git le danger. L'odorat et le goût français sont en éveil, dès qu'il s'agit de vin, tandis qu'ils ne le sont pas pour l'eau-de-vie, les liqueurs, les apéritifs. Dans une expertise, M. Riche a trouvé de l'absinthe qui avait été fabriquée avec de l'alcool dénaturé par un produit infect, le méthylène, et il a préparé de l'absinthe avec l'alcool grossièrement dénaturé pour la fabrication des vernis. Pour boire l'équivalent d'alcool contenu dans un petit verre, il faut un grand volume de vin, et comme le disait le très regretté M. Bouley, dont la parole sympathique vibre encore dans nos cœurs : « Quoique l'estomac humain ait de bien grandes profondeurs, il y a cependant des limites à sa capacité. » Le vin se boit généralement en mangeant et l'on sait que l'action de l'alcool est beaucoup moins à redouter au moment de la digestion. Au lieu de nous opposer à la diffusion du vin, efforçons-nous de l'accroître, parce qu'elle est en raison inverse de celle de l'absinthe et de l'eau-de-vie et que le vin est consommé le plus ordinairement dans la maison, tandis que l'apéritif et la liqueur le sont presque exclusivement au cabaret et au café, et jamais on ne sera trop sévère pour modérer l'usage de ces derniers. M. Riche propose de rédiger ainsi l'article 1er : « L'alcoolisation, désignée communément sous le nom de vinage, est une opération utile pour la conservation de certains vins faibles en degré, très acides ou très altérables. Elle sert aussi, fort malheureusement et très fréquemment, à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable. Une modification de l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable à ce point de vue. » A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 juin 1886. — Présidence de M. Cornil.

8. Entorse tarso-métatarsienne avec rupture presque totale des ligaments dorsaux de cette articulation, écrasement et arrachement des extrémités postérieures du 2e et 3e métatarsiens et de la pointe de la malléole externe; par le Dr Chaput, prosecteur à la Faculté.

Cette pièce a été recueillie sur un sujet de l'Ecole prati-

© BIU Santé

que qui présentait, à la suite d'un traumatisme récent, des fractures de cuisse, des côtes, du crâne et enfin les lésions suivantes du pied gauche. Le seul renseignement que nous ayons recueilli, c'est qu'il était tombé du haut des fortifications.

Sous la peau, intacte, épanchement sanguin, modérément abondant; épanchements sous les couches aponévrotiques et sous le pédieux. L'articulation tarso-métatarsienne baille par toute l'étendue de sa face dorsale à l'exception de son extrémité interne au niveau de l'articulation du premier métatarsien avec le cunéiforme. L'écartement des surfaces osseuses mesure 7 à 8 millimètres, les ligaments dorsaux sont rompus, sauf au niveau du premier métatarsien. Le cuboïde et les cunéiformes sont intacts à ceci près que le premier et deuxième cunéiformes présentent un arrachement osseux très mince et très peu étendu, correspondant à l'insertion des ligaments dorsaux. Le premier, le quatrième et le cinquième métatarsiens sont sains. Le troisième métatarsien, au niveau de son extrémité postérieure, présente un arrachement de presque toute sa surface cartilagineuse, sous forme de lame mince qui reste adhérente au ligament interosseux qui réunit cet os au cuboïde. Le sommet du coin que représente l'extrémité postérieure de cet os présente des lésions d'écrasement qui ne s'étendent pas très loin. Le deuxième métatarsien présente des lésions notables d'arrachement et d'écrasement. Un volumineux fragment de cet os, correspondant à sa partie interne et inférieure, reste adhérent au ligament interosseux qui réunit cet os au premier cunéiforme. Ce fragment mesure 1 cent. 1/2 d'avant en arrière et 1 cent. de haut en bas. On trouve, en outre, un écrasement comminutif étendu, de la face intérieure de l'extrémité osseuse. Au niveau de la face dorsale, fragment volumineux mesurant en largeur toute celle de l'os, en hauteur la moitié de la hauteur de l'extrémité elle-même, et 2 cent. d'avant en arrière. Rien du côté des ligaments plantaires ni de la plante. Arrachement de la pointe de la malléole externe.

Réflexions. — L'analyse de l'ensemble des lésions nous amène d'abord à cette conclusion que cette entorse violente n'a pu se faire que dans une chute sur le pied en hyperextension. En effet, si au moment où la pointe du pied a abordé le sol, le pied avait été fléchi à angle droit, le traumatisme aurait déchiré plutôt les ligaments plantaires, et l'on aurait eu, du côté des os de la jambe, la fracture du péroné par abduction, c'est-à-dire celle qui siège à 7 ou 8 cent. de la pointe de la malléole, puisque l'on sait que la flexion forcée du pied met celui-ci en abduction. Au contraire, les choses s'expliquent très bien avec l'hyperextension. On comprend d'abord que les ligaments dorsaux aient cédé et que l'on ait constaté un écrasement de la face inférieure des métatarsiens. Car, dans cette attitude de l'hyperextension, la chute sur la pointe du pied, au lieu de produire la flexion normale du pied, peut amener, au contraire, une véritable flexion en arrière, — qui n'est que le dernier degré de l'extension. — Enfin l'arrachement de la malléole externe qui correspond aux fractures par adduction, s'explique très bien aussi, puisque, d'une part, dans l'hyperextension le pied se met en adduction, et que, d'autre part, les extrémités antérieures des métatarsiens sont disposées de telle sorte que, dans une chute sur le pied en hyperextension, le pied doit fatalement se trouver projeté en dedans. En effet, l'extrémité antérieure des deux premiers métatarsiens, dépasse notablement en avant celle des trois derniers, qui s'avancent d'autant moins qu'ils sont plus externes. Il est, par suite, facile de comprendre que, dans une chute sur l'extrémité de ces os, lorsque le pied fait une ligne droite avec les os de la jambe, on observera fatalement la déviation du pied en dedans, puisque l'extrémité de son métatarse est oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans.

En somme, cette entorse très grave n'est que le premier degré de la luxation tarso-métatarsienne, qui est d'une rareté reconnue. Les arrachements osseux des métatarsiens, qui s'expliquent par l'existence des ligaments interosseux montrent que, contrairement à l'opinion de certains anatomistes, le ligament interosseux du premier espace intermétatarsien est étendu du premier cunéiforme au deuxième métatarsien et non du premier métatarsien au deuxième cunéiforme; que, d'autre part, le ligament du deuxième espace n'existe pas, que celui du troisième est constitué par un trousseau fibreux résistant qui réunit l'extrémité du troisième métatarsien à l'angle formé par le cuboïde et le troisième cunéiforme.

9. Note sur deux variétés d'anastomoses nerveuses de l'avant-bras; par le Dr Chaput, prosecteur à la Faculté.

Depuis Letiévant, qui a particulièrement insisté sur les anastomoses, qui se font au tiers supérieur de l'avant-bras, entre le cubital et le médian, MM. Verchère et Brun ont de nouveau étudié ces anastomoses, à propos d'un malade du service de M. Verneuil. Les deux anomalies suivantes

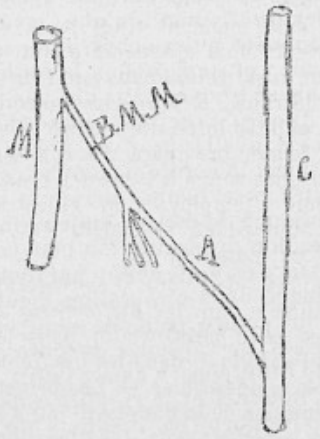


Fig. 105.— M. Nerf médian. — C. Nerf cubital. — B. M. M. Branche musculaire du médian d'où se détache l'anastomose A, qui va au cubital.

sortent un peu de la règle. D'ordinaire on voit partir du cubital une branche nerveuse qui se dirige obliquement en bas et en dehors et se jette le plus souvent dans les

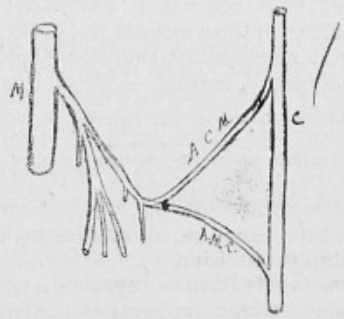


Fig. 106.— M. Nerf médian. — C. Nerf cubital. — A. C. M. Anastomose du cubital au médian. — A. M. C. Anastomose du médian au cubital.

branches musculaires du médian. Il n'en est pas de même dans nos deux cas. Dans le premier (voir fig. 105), on voit partir du tronc des filets musculaires du médian un filet nerveux dirigé obliquement en bas et en dedans, qui mesure 5 à 6 cent. de longueur et se jette ensuite dans le tronc du nerf cubital, avec lequel il se confond.

Le second fait est un peu plus complexe (voir fig. 106). On y trouve d'abord, comme dans le cas précédent, un filet nerveux étendu des branches musculaires du médian au tronc du nerf cubital, dirigé en bas et en dedans, mais un peu plus volumineux que dans le premier cas. En outre, on voit partir du nerf cubital l'anastomose classique, qui vient se jeter dans les filets musculaires du médian et qui se dirige, comme d'habitude, en bas et en dehors. Ces exemples d'anomalies nerveuses présentent un intérêt sur lequel nous n'avons pas besoin de nous arrêter longuement, en ce qui concerne la conservation de la sensibilité ou de la motilité à la suite de sections nerveuses.

© BIU Santé

DEUXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE
(Fin.)

6. — *Séance du 22 octobre* (vendredi matin). PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

Ordre du jour : *Des résections orthopédiques.*

1. — M. LAGRANGE (de Bordeaux) a fait deux résections orthopédiques : Dans un cas, c'était pour une ancienne luxation pathologique de la hanche, consécutive à une arthrite scarlatineuse. Il n'y a pas longtemps que cette opération a été pratiquée; mais, dès aujourd'hui, il croit pouvoir affirmer qu'elle sera suivie de succès. Dans le second cas, la résection fut faite pour une arthrite traumatique du coude. Il s'agit d'un homme de 35 ans ayant reçu un coup de feu dans l'articulation du coude gauche. Première résection partielle en 1882. Persistance des accidents. En 1883, trajets fistuleux multiples pénétrant dans l'article, gonflement de l'extrémité humérale et de l'olécrane. En mars 1884, résection sous-périostée complète de l'articulation selon la méthode d'Ollier ; l'olécrane est à moitié détruit ainsi que la trochlée et le condyle de l'humérus. Guérison rapide ; le malade suivi pendant vingt mois est complètement guéri, se sert très bien de son membre pour travailler. L'olécrane est presque aussi volumineux que de l'autre côté (néoformation de l'olécrane). Retour presque complet des mouvements normaux et de la force du membre. Cependant, pendant quelques jours, le membre opéré resta flottant. C'est que M. Lagrange n'avait pas songé à l'état des muscles très atrophiés lors de l'opération. Il employa alors l'électricité, les douches, le massage, et aujourd'hui ce malade est en bonne voie de rétablissement local complet.

2. — M. MOLLIÈRE (de Lyon). Les résections orthopédiques sont indiquées, dit-on, dans les *difformités congénitales*, dans le *genu valgum et le genu varum*, dans les *courbures rachitiques*, dans l'*ankylose*, dans les *cas de cal vicieux*.

a). *Difformités congénitales.* — Les principales sont : 1° les luxations congénitales de la hanche (il ne s'en occupera pas) ; 2° les pieds-bots. — *Pieds-bots.* L'extirpation de l'astragale et la section cunéiforme du pied sont des opérations presque inoffensives, il est vrai, mais difficiles et en somme non exemptes de mortalité. Comme dans les pieds-bots il n'y a pas que le pied qui soit intéressé, il croit dans certains cas au moins (pied-bot équin avec enroulement) devoir préférer l'ostéoclasie à l'ostéotomie ; dans ces cas il pratique l'ostéoclasie sus ou intra-malléolaire, ou l'ostéoclasie du tarse. L'ostéoclasie n'a jamais amené la mort (ostéoclasie avec l'appareil de Robin).

b). *Genu valgum et varum.* — Il emploie l'ostéotomie sus-condylienne.

c). *Courbures rachitiques.* — Les résections orthopédiques semblent indiquées pour les lésions du membre inférieur (tibia par exemple). Cependant il préfère l'ostéoclasie à l'ostéotomie, car au lieu d'enlever à l'os un coin osseux, il en rajoute un autre. Mais, bien entendu, le redressement doit être tardif, successif, non pas immédiat.

d). *Ankylose.* — 1° Dans l'ankylose du *coude*, consécutive à un traumatisme, à une suppuration articulaire (rhumatisme blennorrhagique, fièvre typhoïde, scarlatine, etc.), il recommande la résection sous-périostée du coude, avec réunion immédiate sans drainage, opération inoffensive. Dans les cas de rhumatisme ankylosant, la résection du coude donne de mauvais résultats ; l'ankylose reparaît après la résection ; 2° pour l'ankylose de la *hanche*, la résection du grand trochanter, la section sous-trochantérienne peuvent restituer au membre ses fonctions, mais il préfère l'ostéoclasie sous-trochantérienne ; 3° Au *genou*, l'ankylose à angle obtus, à angle droit et même à angle aigu relève de l'ostéoclasie sus-condylienne plus ou moins élevée avec redressement graduel. Au genou, l'ostéoclasie doit être substituée à la résection, sauf dans les cas de lésions tuberculeuses de l'article.

e). S'il s'agit d'un *cal vicieux*, on doit encore pratiquer l'ostéoclasie, soit au niveau du cal rafraîchi, soit à une certaine distance du cal (ostéoclasie de compensation).

M. Mollière termine cette communication en indiquant que l'ostéoclasie peut encore être utilisée dans les cas de difformités dues à des déformations musculaires ou à des brûlures.

M. RECLUS (de Paris) a fait une ostéoclasie avec l'appareil Colin : il s'agissait d'une *courbure rachitique* avec rétraction du triceps sural ; il fut obligé de sectionner par la méthode sous-cutanée les tendons de ce muscle après l'ostéoclasie. Résultats excellents sans employer le redressement progressif de M. Mollière.

3. — M. VASLIN (d'Angers) a essayé de redresser les *pieds-bots* par l'ostéotomie, car aujourd'hui l'ostéotomie n'est pas dangereuse et on n'en meurt guère, quoi qu'en dise M. Mollière. Dans un cas, il a réséqué l'astragale, dans l'autre il a fait l'ostéotomie du 5e et du 4e métatarsien. Il a obtenu de bons résultats ainsi que le prouve les moulages qu'il montre ; ses opérés qui ne pouvaient pas marcher peuvent actuellement faire plusieurs kilomètres (7 à 10). Il insiste sur la variété des indications dans le traitement des pieds-bots. L'intervention opératoire est différente dans chaque cas ; certains ne sont pas justifiables de l'ostéoclasie.

M. LABBÉ (de Paris) cite un cas de *résection pour pied-bot* varus equin, à qui il fit l'extirpation de l'astragale, la section de l'aponévrose plantaire interne et celle du tendon d'Achille. De plus, craignant l'établissement d'un foyer de suppuration dans un point déchiré, il fit une contre-ouverture du côté opposé à l'incision (ceci lui semble bon à signaler). Actuellement son malade marche admirablement.

4. — M. DOYEN (de Reims). — *Résection des os de la jambe pour un cal vicieux avec pseudarthrose.* — Un homme vigoureux de 39 ans se casse la jambe le 11 janvier 1886, le tibia à son tiers inférieur, le péroné à son tiers supérieur. Appareil de Scultet. Défaut de consolidation. Pseudarthrose au bout de deux mois et demi. Ostéotomie du cal du péroné. Résection avec le ciseau de Mac-Ewen du cal du tibia, dont les extrémités sont taillées en biseau et suturées avec un fort fil de soie. Guérison en trois pansements : 15, 30 et 45 jours après l'opération. Retard de la consolidation, qui est parfaite, après une saison thermale à Bourbonne. M. Doyen recommande, en pareil cas, la résection méthodique du cal avec l'ostéotome et le ciseau de Mac-Ewen, comme étant bien supérieurs à la résection par la scie, qui nécessite de grands délabrements et l'issue des fragments hors des incisions cutanées. Le ciseau de Mac-Ewen, manié par une main exercée, sectionne au gré de l'opérateur les diaphyses les plus dures.

5. — M. GROSS (de Nancy). Dans les *pieds bots varus congénitaux anciens* le principal obstacle au redressement du pied vient de l'astragale ; c'est cet os qui présente le maximum de la déformation et du déplacement. Il est subluxé en avant, a quitté la mortaise tibio-péronière. Il est impossible de le faire revenir à sa place primitive, car sa partie postérieure est devenue plus large que la partie antérieure de la mortaise tibio-péronière. Enfin sa partie antérieure n'a plus de synoviale et est adhérente à la peau du pied. Il est donc indiqué dans ces cas d'agir directement sur l'os déformé. Chez un sujet, après ténotomie, aponévrotomie, massages, emploi d'appareils, il a dû, pour obtenir un résultat, pratiquer l'extirpation de l'astragale ; pas de récidive. Chez un autre non encore traité, la difformité était tellement nette qu'il a utilisé d'emblée la même opération, en y ajoutant la résection de la partie antérieure du calcanéum. Un de ses opérés de l'année dernière ayant succombé, il a étudié les modifications survenues dans le pied après l'extirpation de l'astragale. Cet os était remplacé par du tissu fibreux, au milieu duquel existait quelques îlots cartilagineux. Entre le calcanéum réséqué et le cuboïde existait une fausse articulation; aussi recommande-t-il de conserver le calcanéum quand on le pourra. Il a vu que la résection de la malléole externe aurait été inutile. Faut-il toujours dans les pieds bots varus congénitaux anciens enlever l'astragale? oui, car il a pu disséquer un pied bot chez un nouveau-né, et déjà, à la naissance, il a trouvé l'astragale déformé. En ce qui concerne les *pieds bots acquis* d'origine musculo-nerveuse (lésion de la moelle, etc.), la résection de cet os lui paraît inutile ; les sections des muscles et des nerfs doivent suffire ; cependant si l'astragale devenait malade, il faudrait le réséquer.

6. — M. Ed. MARTIN (de Genève), *compare le traitement orthopédique des pieds bots à leur traitement chirurgical.* Il critique le *prurigo secandi* actuel, combat l'engouement de ceux qui veulent ténotomiser à outrance, couper envers et contre

© BIU Santé

tous aponévroses, muscles et os. C'est par trop simple; on coupe beaucoup trop, parce qu'on ne connaît pas la façon de traiter convenablement les pieds bots par l'orthopédie pure. Il cite les résultats que M. Martin de Lausanne obtient en employant le traitement orthopédique de Vénel préconisé dès 1761, insiste sur les avantages du sabot dit de Venel, les massages, l'électricité (courants interrompus et continus), la gymnastique. Le traitement de M. Martin comprend trois périodes: période de préparation consistant en manipulations, frictions, massages, applications électriques; cette gymnastique passive a pour but d'essayer de faire revenir le pied dans sa position normale. Si elle ne suffit pas, on applique l'appareil (sabot de Venel, modifié par Jacquard et Martin), pour faire le redressement (2e période dite de redressement). Enfin il y a la période de convalescence (gymnastique, bottines avec appareils, etc.) Pour cet auteur, les appareils plâtrés, servant à immobiliser les malades, sont mauvais parce qu'ils favorisent l'atrophie des muscles. Il ne faut pas hésiter à faire traiter un pied bot dès qu'un enfant vigoureux a atteint l'âge de quatre à cinq mois. M. Martin donne ensuite une classification des pieds bots et ajoute que le traitement chirurgical ne lui paraît pas souvent indiqué.

M. Arragon (d'Alençon), cite une observation tendant à prouver qu'il ne faut jamais désespérer de la guérison d'un pied-bot par les appareils orthopédiques.

M. Levrat (de Lyon) recommande les massages et l'emploi d'appareils plâtrés avec ouvertures permettant l'application des pôles d'un appareil électrique.

7. — M. Ollier se propose de *comparer l'ostéoclasie à la résection dans les ankyloses de la hanche et du genou.* — *a*) Jadis on ne pouvait rien faire quand on se trouvait en présence d'une ankylose osseuse de la *hanche*. Actuellement, depuis 1869, et depuis l'antiseptie surtout, il n'en est plus ainsi : on peut et on doit faire l'ostéotomie ou l'ostéoclasie, l'observation le démontre, ces opérations étant d'une bénignité remarquable. Les expériences faites sur les animaux quadrupèdes ont montré que chez eux la résection typique du col du fémur et du grand trochanter donnait de très bons résultats. Comment expliquer que chez l'homme cette résection typique de la hanche soit mauvaise ? C'est que l'homme est un bipède; quand on pratique cette opération chez lui, le bassin descend forcément. On a donc dû recourir à l'ostéotomie pratiquée plus ou moins loin de la tête fémorale, suivant la lésion, en un mot à l'ostéotomie sous-trochantérienne, avec incision d'un coin osseux pour corriger la difformité.

Il a fait plusieurs fois cette opération ; entre autres, dans un cas, pour une ankylose de la hanche, suite d'ostéite infectieuse. Malgré le mauvais état des os, il a pu sectionner le fémur à 12 centimètres de la tête fémorale et isoler la plaie nouvelle du foyer suppurant depuis longtemps, grâce à l'antiseptie la plus rigoureuse. La consolidation se fit en trois mois, le membre étant dans la rectitude, mais il y eut du raccourcissement. Le raccourcissement est inévitable dans cette ostéotomie sous-trochantérienne; cependant il préfère cette opération à l'ostéoclasie sous-trochantérienne, car on ne peut pas toujours fracturer l'os au point voulu. Il est évident que l'ostéoclasie serait plus simple, mais son grand défaut, impossibilité de produire la fracture où l'on veut, fait qu'on lui préfère l'opération sanglante et l'emploi de la section osseuse au ciseau.

En ce qui concerne l'ankylose osseuse du *genou*, M. Ollier rappelle que le premier, il a fait l'ostéoclasie sus-condylienne ; il ne la repousse donc pas de parti pris. Avec l'appareil instrumental dont on dispose (ostéoclaste de Robin), il ne peut l'accepter que pour l'ankylose à angle obtus et peut-être pour l'ankylose à angle droit ; mais il ne l'admet pas pour l'ankylose à angle aigu ; il la considère même dans ce cas comme dangereuse, surtout quand il y a eu une suppuration prolongée du genou. La résection orthopédique du genou, depuis les pansements antiseptiques, ne donnent plus ou presque plus de mortalité, on peut le dire, et d'ailleurs au point de vue opératoire les résultats sont certainement aussi bons, sinon meilleurs.

M. Aug. Reverdin (de Genève) montre les photographies d'une malade atteinte de double luxation de la hanche; d'un côté il a fait une ostéotomie sous-trochantérienne qui a réussi. La malade pouvant dès lors marcher, son intervention s'est bornée à cette opération.

M. Daniel Mollière (de Lyon) proteste contre certaines affirmations de M. Ollier. Avec l'ostéoclaste de Robin, on peut casser l'os où l'on veut, mathématiquement parlant. — D'autre part, l'ostéoclasie sus-condylienne lui a toujours donné de bons résultats dans l'ankylose du genou à angle aigu.

M. Verneuil ne veut que faire remarquer ce fait, à savoir que des opérations ou manœuvres faites sur des articulations autrefois malades peuvent faire apparaître des accidents très graves. En manipulant les coxalgiques, on s'expose à déterminer la venue d'une tuberculose miliaire mortelle. Aussi recommande-t-il les ostéoclasie et ostéotomie faites assez loin de l'articulation atteinte. On doit penser toujours à la qualité antérieure de la lésion.

M. Ollier maintient ce qu'il a dit, quoique pense M. Mollière.

8. — M. Pozzi (de Paris) montre deux malades auxquels il a pratiqué la résection du coude; très bons résultats fonctionnels et plastiques.

9. — M. J. Bœkel (de Strasbourg) rapporte brièvement sa statistique à propos des résections orthopédiques qu'il a faites. De 1875 à 1886, il a fait 55 résections; tous les opérés ont guéri. Il insiste en terminant sur les résultats de ces opérations.

7. — *Séance du 22 octobre* 1886 (vendredi soir). — Présidence de M. Chapplain (de Marseille)

a). — *Des résections orthopédiques* (fin.)

1. — M. Décès (de Reims) lit une observation dans laquelle il rapporte comment il fut amené à pratiquer la résection orthopédique des deux malléoles dans un cas de cal vicieux de l'extrémité inférieure de la jambe. Il n'a pas eu d'accidents et le malade a parfaitement guéri; bon résultat fonctionnel, car il peut actuellement marcher ; auparavant, il ne pouvait pas travailler.

b). — *Communications diverses.*

2. — M. Aug. Reverdin (de Genève). — *Ligature de la carotide primitive.* — Il raconte l'histoire très intéressante d'un blessé qui reçut une balle de revolver dans l'oreille droite. Avec l'appareil Trouvé, on reconnut la position de la balle encastrée dans l'os. On essaya de l'enlever, mais on ne réussit qu'à déterminer une violente hémorrhagie de la carotide interne dans son trajet intra-crânien. Instantanément, on put faire la ligature de la carotide primitive et sectionner ce vaisseau entre deux ligatures. Après cette opération, pas de syncope, pas d'aphasie, pas d'hémiplégie. Guérison absolue sous tous les rapports au bout de plusieurs jours. Quelques semaines plus tard, on endormit à nouveau le malade (narcose par l'éther bien supportée) pour pratiquer l'extirpation de la balle, ce qui fut fait avec assez de facilité. Le malade a parfaitement guéri. Dans ce cas, l'extirpation du projectile a été tentée parce que la plaie était infectée, parce qu'il y avait fracture compliquée du crâne. Ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que, après la ligature de la carotide primitive, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite par le bout supérieur de la carotide interne et qu'il n'y a pas eu d'accidents cérébraux. L'explication paraît être la suivante: un caillot s'était formé dans le canal carotidien et a obturé le bout supérieur; le caillot a résisté, grâce aux précautions antiseptiques.

M. Fontan (de Toulouse) cite un fait analogue. Il se demande si on ne pourrait pas dans ces cas ne lier que la carotide interne facilement accessible.

3. — M. Tédenat (de Montpellier). — *Traitement de l'hydrocèle par l'incision des bourses et l'excision de la tunique vaginale.* — L'injection iodée dans la tunique vaginale comme traitement curatif de l'hydrocèle paraît donner 10 0/0 de récidive. Il est vrai qu'elles sont moins fréquentes si on emploie de la teinture d'iode presque pure ou pure. L'incision aseptique de la vaginale donne de meilleurs résultats, car les récidives sont bien plus rares. On a dit qu'il n'y avait jamais de mortalité quand on se sert de l'injection iodée ; c'est vrai, mais quelques accidents non sans importance ont été notés : par exemple, la pénétration du liquide injecté en dehors de la vaginale, d'où périvaginalite suppurée. Or, l'incision absolument asep-

© BIU Santé

tique ne cause pas d'accidents, à condition cependant que l'asepsie soit des plus rigoureuse, ce qui est difficile dans une région aussi accidentée. Toutefois, on doit réserver l'incision aux cas où l'hydrocèle est causée par une épididymite chronique, aux cas dans lesquels la vaginale est épaissie, a des plaques calcifiées et est tapissée de fausses membranes. L'injection doit rester le traitement à utiliser dans les cas où il y a une transparence très nette. Ne pas oublier que l'injection peut être très nuisible quand la cavité de la vaginale présente des prolongements et des diverticules remontant jusqu'au canal inguinal et même plus haut.

4. — M. Cusset (de Lyon) rappelle les conclusions de sa thèse soutenue en 1877 sur l'appareil branchial des vertébrés au point de vue anatomique et pathologique. Il mentionne les principaux travaux parus depuis cette époque sur les *kystes et fistules d'origine branchiale*. Citons entr'autres : la thèse d'agrégation de Quenu (1886), le récent ouvrage de MM. Lannelongue et Achard, ainsi qu'une thèse de doctorat (1886) sur les fistules congénitales du cou. Depuis la publication de sa thèse inaugurale, il a observé les cas suivants : 1° kyste branchial de la région sus-auriculaire droite, situé dans la région de la première fente branchiale; 2° kyste de la région auriculaire droite, pédiculé, ayant présenté au microscope les caractères classiques du kyste dermoïde (1re fente branchiale); 3° kyste du lobule de l'oreille gauche. — Il a également observé deux fistules branchiales : 1° Fistule de la ligne médiane du cou avec atrophie du maxillaire inférieur, saillie des apophyses genihypertrophiées. Le stylet introduit dans la fistule se dirigeait en bas vers le sternum. Il pratiqua la dissection du trajet fistuleux et trouva un cordon, s'enfonçant dans le médiastin antérieur. Il sectionna le cordon un peu au-dessous de la fourchette sternale pour ne pas aller trop bas et n'y vit aucun orifice. Deux ans après, la guérison ne s'était pas démentie. 2° Fistule branchiale bilatérale sur le côté du cou s'accompagnant d'écoulement muqueux. Opération, guérison. A l'examen histologique, on trouva que la paroi du trajet était constituée comme suit : 1° Epithélium : *a*) Une couche profonde à cellules cylindriques ; *b*) Une couche superficielle formée de 2 ou 3 assises de cellules aplaties ; ce revêtement épidermique était comparable à l'épiderme d'un fœtus de 6 mois ; c'était une peau jeune. 2° Derme à trame fibreuse; on y rencontra : *a*) Des glandules avec acini, conduits excréteurs, et même des sortes de croissants de Gianuzzi. Ces glandules paraissaient semblables à celles du pharynx et de l'épiglotte et il est bizarre de les retrouver ainsi si près de la peau, complètement ectopiés. M. Cusset insiste sur ces glandules. De là la nécessité, quand on opère, de faire une ablation au bistouri aussi large que possible en dépassant les limites de la fistule.

M. Trélat prétend que les tumeurs et fentes branchiales sont plus communes qu'on ne le croit. Il en a vu une vingtaine depuis 6 ans, et les tumeurs seraient plus fréquentes que les fistules, puisqu'il a observé 3 fistules seulement et 17 tumeurs. Les tumeurs sont faciles à traiter. Quant aux fistules, elles peuvent s'étendre si loin, présenter des rapports si importants, qu'elles deviennent difficiles à disséquer et à extirper; d'où la nécessité de ne pratiquer parfois que le grattage pour éviter une opération grave. — Les examens histologiques qu'il a fait faire lui ont prouvé que la paroi de ces fistules était en général une peau jeune, une peau fœtale, mais ceci n'est pas constant. Quelquefois on n'y trouve que du tissu conjonctif avec quelques glandes et des débris de la couche de Malpighi. On peut en effet voir tous les degrés de la destruction de l'épiderme, si bien que par place on peut ne trouver que du tissu conjonctif et quelques cellules épithéliales. Dans les kystes sébacés au contraire il y a toujours une enveloppe conjonctive banale et au centre des débris épithéliaux.

M. Pozzi (de Paris) indique un petit procédé qu'il a employé pour rendre plus facile la dissection de ces trajets fistuleux. Il les transforme en tumeurs solides en faisant une injection préalable de blanc de baleine solidifiable, iodoformé si l'on veut.

M. Poncet (de Lyon). — Dans certaines variétés de kyste, l'ablation complète est contre indiquée (rapports importants de la tumeur, etc.); en pareil cas, il faut simplement faire l'incision et modifier la surface interne du kyste ouvert par des caustiques ; la cautérisation donne de bons résultats.

5. — M. Nepveu (de Paris) communique l'observation d'une femme de 36 ans qui fit une chute sur les mains ; elle se fit une luxation du pouce compliquée de plaie qu'on traita par l'immobilisation dans un appareil non aseptique. Accidents inflammatoires quelques jours après, application de cataplasmes. Sous l'influence de ce mode de pansement, apparition sur la main d'abord, puis sur l'avant-bras, le bras et enfin tout le corps d'une éruption constituée par des plaques d'urticaire, des papules et des vésicules ; pas de fièvre. L'éruption avait été précédée de douleurs, de spasmes, de contractions douloureuses survenant par accès dans la main. Après l'éruption les douleurs disparaissent. Il n'y eut pas trace de lymphangite. Au bout de quelques jours l'éruption sécha. Le liquide des vésicules fut examiné et on y trouva des bactéries, en grande abondance, un diplocoque spécial, très agile, mais qui n'a pu être cultivé. Il résistait à la safranine, mais se colorait bien par les couleurs de fuchsine. Voilà la marche des accidents : *plaie, luxation, arthrite suppurée, névrite secondaire, éruption bactérienne partant de la plaie articulaire.*

6. — M. Labbé (de Paris) vient raconter aux membres du Congrès comment se sont passées les trois opérations d'*extirpation du larynx* qu'il a pratiquées le premier en France. Il insiste sur l'avenir de cette opération qui entre dans une voie nouvelle et paraîtra moins émouvante quand le manuel opératoire sera mieux connu. La première fois, il fut très impressionné ; les deux autres au contraire il opéra avec autant de calme que s'il se fut agi de l'ablation d'un sein ; en somme il n'y a rien là d'effrayant ; on peut même dire que, à partir d'aujourd'hui, c'est une opération simple. — 1° Son premier cas consistait en un gros sarcome développé à l'intérieur du larynx. On fit d'abord la trachéotomie ; mais la tumeur sortit un jour du larynx et se développa dans le pharynx de telle sorte que la déglutition devint impossible. L'opération fut assez mouvementée, mais le malade guérit — Il est mort d'une pneumonie accidentelle cinq mois après l'opération ; 2° dans la deuxième observation, il s'agit d'un épithéliome du larynx avec un ganglion carotidien. L'opération fut facile. Cependant le malade a succombé par une faute commise par la personne qui le veillait. La canule à trachéotomie n'avait pas été convenablement changée pendant la nuit. Il lutta 15 jours et mourut de pneumonie infectieuse ; 3° dans le troisième cas, le malade était atteint d'un sarcome de la face interne du larynx sans ganglions. Au moment d'isoler le larynx, l'opéré eut une syncope par pincement des pneumogastriques ou des récurrents, et pendant 26 minutes resta en état de mort apparente. La respiration artificielle permit de le ramener à la vie. Il a guéri parfaitement et a vécu 4 mois. Il a succombé à une récidive sarcomateuse dans la trachée.

En somme, aujourd'hui, on ne doit pas rejeter *a priori* cette opération ; le manuel opératoire est facile, la survivance est aussi possible dans ces cas que dans les cancers de la langue, et pour les tumeurs bénignes il y a plus de chance de guérison que pour la langue. L'opération est indiquée dans les cas de tumeurs relativement bénignes : sarcomes et quelques épithéliomes. On fera la trachéotomie préalable plusieurs mois auparavant aussi bas que possible, de façon à laisser un pont de peau entre la plaie de la trachéotomie et celle qu'on fera pour l'extirpation laryngée ; l'anesthésie sera obtenue par le chloroforme, avec une éponge maintenue au niveau de la canule trachéale, et pour éviter la chute du sang dans la trachée on se servira de la canule de Trendelenbourg en ayant soin de remplir d'eau et non d'air le petit sac élastique qui entoure son extrémité. Il est indispensable d'accoutumer antérieurement le malade au port et au contact trachéal de cette canule en gonflant le ballon; autrement quand on l'applique pour la première fois pendant l'opération il en résulte des accès de suffocation. L'incision sera en forme de T, la branche horizontale (transversale) correspondant à l'os hyoïde, l'autre verticale descendant à 1 cent. de la plaie de la trachée; elle sera faite au bistouri. La peau incisée, il vaut mieux se servir des petits couteaux du galvanocautère. Si l'on agit lentement, on n'aura pas de ligature à faire et pas d'hémorrhagie. Lorsque le larynx aura été bien isolé à la manière d'une tumeur encapsulée qu'on décortique, on le sectionnera de bas en haut au galvano-cautère, puis le séparera de l'œsophage. Enfin, il faudra couper la membrane

© BIU Santé

thyroïdienne, conserver autant que possible l'épiglotte, suturer la plaie en haut, la bourrer de bourdonnets iodoformés, et placer une sonde œsophagienne à demeure par l'extrémité supérieure de ce conduit, placé sous les yeux du chirurgien. Alimentation possible du quinzième au vingtième jour après l'opération.

7. — M. Assaky (de Lille). — *De la suture à distance et de quelques applications chirurgicales de la greffe animale.* — On peut rétablir la continuité de deux organes (tendons, nerfs), alors que l'affrontement des surfaces sectionnées est impossible, par la suture à distance, c'est-à-dire des fils de catgut allant de l'une à l'autre surface. M. B. Anger a pratiqué le premier la suture à distance des tendons avec du fil d'argent. M. Gluck y substitua le catgut. M. Assaky conclut de ses recherches expérimentales faites en collaboration avec M. Fargin que la suture à distance des tendons permet un retour plus rapide aux fonctions que si on ne l'emploie pas, que les tendons régénérés ainsi sont plus volumineux et plus riches en fibres tendineuses. Chez l'homme les résultats ne peuvent qu'être meilleurs, car dans ce cas l'immobilisation est possible. La suture à distance des nerfs sert à conduire les filets nerveux de nouvelle formation. Si l'on emploie la soie, elle ne se résorbe pas; le contraire a lieu pour le catgut. Peut-on tenter aussi la suture musculaire à distance? Théoriquement, oui. Et de même pour les os; on connaît l'importance des travées directrices, jalons de l'ossification. Peut-être pourrait-on ainsi de la même façon refaire les ligaments articulaires après les résections!

A propos de la greffe animale, citons des expériences de greffe tendineuse qui ont pleinement réussi, alors qu'on n'a pas pu obtenir la greffe nerveuse.

8. — M. Guyon (de Paris). — *Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie.* — Une opération exploratrice quelconque est-elle nécessaire pour diagnostiquer une tumeur vésicale? Non. On peut dire que l'étude seule des symptômes et l'examen anatomique et clinique du malade suffisent dans la plupart des cas. M. Guyon insiste sur les caractères de l'hématurie symptomatique d'un néoplasme vésical et par comparaison sur les signes de tumeur du rein (ballottement rénal, varicocèle symptomatique, etc.).

Il passe ensuite à l'exploration de la vessie par le rectum, le vagin et le cathétérisme et insiste sur le peu de renseignements fournis par ce dernier procédé d'examen.

Une tumeur vésicale étant reconnue, que faire? Il faut opérer le plus vite possible, à moins que toutes les parois vésicales soient infiltrées par le néoplasme, opérer les tumeurs malignes comme les bénignes, mais retenir ce fait c'est que les tumeurs malignes sont presque toujours suivies de récidive, que les tumeurs bénignes guérissent ordinairement. Les tumeurs bénignes peuvent habiter longtemps la vessie sans que le porteur en souffre autrement que par le pissement du sang, y vivre sans infiltrer les parois du réservoir urinaire. On ne doit pas hésiter à intervenir dès qu'on est en présence d'une complication : cystite, rétention d'urine, etc. Pour lui, on ne peut faire convenablement l'extirpation de la tumeur que par la voie hypogastrique.

9. — M. Terrier (de Paris). — *Cures radicales des hernies épigastriques non étranglées.* — Jusqu'à ces temps derniers, en France, on ne traitait ces hernies que par ces appareils; on ne devait pas opérer ces hernies, disaient les classiques. Cependant M. Terrier a fait chez 4 sujets une opération dans le but de remédier à cette infirmité et ces 4 observations montrent que son intervention a été suivie d'un plein succès, comme cela était à penser, étant donné ce qui avait été fait à l'étranger. On fait la cure radicale de ces hernies comme celle des autres hernies : incision cutanée, ouverture du sac, ablation des parties inutiles, mobilisation et réduction du contenu du sac, suture de l'anneau après avivement. Il croit bon d'intervenir ainsi dans les cas où la hernie gêne le sujet qui la porte. L'opération, dans tous les cas, a fait cesser les accidents du côté du tube digestif.

10. — M. Desnos (de Paris), *a extirpé un papillome de la vessie par la voie hypogastrique.*

11. — M. Dally (de Paris) appelle l'attention des chirurgiens sur les *déviations du rachis*, trop laissées aux soins des orthopédistes. Il discute la pathogénie de ces déformations de la colonne vertébrale et signale la mauvaise influence des exercices scolaires trop prolongés (écriture, etc.). Les corsets orthopédiques donnent de mauvais résultats. On doit demander la guérison à un traitement plus radical, l'hygiène et la gymnastique.

12. — M. Magitot (de Paris). — *Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes de la mâchoire.* — Les kystes spontanés des mâchoires reconnaissent pour origine, il l'a écrit il y a longtemps, l'un des deux processus suivants : 1° Le follicule dentaire, pendant sa période embryonnaire, devient kyste, sa paroi constituant l'enveloppe de la poche, tandis que son contenu se retrouve toujours, à une époque variable de l'évolution, au fond de la cavité. Cette variété a reçu le nom de *kyste folliculaire* avec cette subdivision de kystes soit *embryoplastiques*, soit *odontoplastiques*, soit *coronaires* suivant l'état de développement de l'organe inclus dans le follicule. Ce sont les *odontomes* de Broca; 2° Le périoste, qui revêt la racine de la dent adulte, se soulève sous l'influence d'un état inflammatoire et devient paroi kystique, tandis que le sommet radiculaire lui-même, dénudé, résorbé en partie et rugueux, occupe invariablement le centre et le fond de la poche.

Sur le premier mode de développement, celui des *kystes folliculaires*, tous les chirurgiens semblent d'accord pour accepter cette théorie. Mais il n'en est pas de même de l'origine des kystes dits *périostiques*. MM. Verneuil, Reclus, Malassez, se basant sur la présence constante d'un revêtement épithélial à la face interne de la paroi kystique, ont refusé au périoste dentaire le rôle exclusif que lui assigne M. Magitot. Pour eux ce sont les débris épithéliaux embryonnaires, dont la présence est si fréquente dans les mâchoires de l'adulte, qui deviennent le point de départ des kystes en question, d'où le nom de *kystes péridentaires* (Verneuil et Reclus), *kystes paradentaires* de Malassez. Quel traitement opposer aux kystes des mâchoires? Une première méthode, de règle au dernier siècle et au commencement de celui-ci, jusqu'à Dupuytren, consistait dans l'ablation, soit totale, soit partielle, du maxillaire devenu kystique. Une second méthode, celle de la plupart des chirurgiens, consiste dans une ouverture large de la poche kystique, au moyen de la résection de la paroi osseuse. La méthode de larges ouvertures, qui donne d'excellents résultats, peut causer cependant des délabrements inutiles, et produit des déformations plus ou moins grandes de la région opérée. La méthode du drainage métallique, avec tubes d'un faible diamètre, donne de bons résultats. Ces tubes sont d'un diamètre variable, mais tous très étroits. Les plus fins n'ont pas plus de deux millimètres de diamètre.

13. — M. Rohmer (de Nancy) fait une communication sur ce sujet. Il rappelle brièvement tous les faits expérimentaux connus. Il a lui-même fait un certain nombre d'expériences : il a toujours obtenu un insuccès constant. En supposant la greffe oculaire possible en clinique, il faut compter avec les dangers de l'ophthalmie sympathique. En résumé, la question peut être définitivement jugée par deux ordres de fait : 1° Les faits cliniques, qui contre-indiquent la transplantation oculaire, en raison de l'ophthalmie sympathique possible, et d'ailleurs nettement observée dans un cas; 2° Les faits expérimentaux, qui montrent que l'atrophie du globe est une conséquence inévitable de la transplantation et de la réimplantation, même si le sphacèle de la cornée a pu être évité, et si la greffe oculaire a réussi en totalité. On peut donc conclure : 1° Que la greffe oculaire ne peut réussir actuellement, et que la tenter est une illusion qui fait courir au devant d'un échec à peu près certain; 2° La greffe de la totalité de l'œil, fût-elle même possible, comme on l'a prétendu, que l'observation clinique, montrant l'ophthalmie sympathique à chaque instant menaçante, serait là pour détruire l'illusion d'un succès tant soit peu durable.

14. — M. Abadie (de Paris). — *Des procédés actuels d'extraction de la cataracte.* — Le procédé de Daviel consistant à extraire la cataracte à travers une large section pratiquée dans la cornée a été un des plus grands progrès de la chirurgie oculaire. On pouvait lui reprocher néamoins d'exposer aux encla-

© BIU Santé

vements iriens, aux suppurations du lambeau et, chose plus grave, de ne pas être applicable aux cataractes incomplètes à évolution lente et à celles qui étaient adhérentes à l'iris. C'est pour remédier à la plupart de ces inconvénients que de Graefe imagina l'extraction linéaire avec iridectomie. Grâce à la grande renommée de son promoteur et aussi à ses réels avantages, cette nouvelle méthode opératoire fit rapidement fortune et fut presque exclusivement employée dans le monde entier pendant plus de 15 ans. Actuellement on cherche à ne plus exciser l'iris et on revient en somme au procédé de Daviel. Est-ce un retour vers le passé ? est-ce mode ou caprice, est-ce par esprit de nationalité pour opposer un procédé français à un procédé allemand? Non, c'est tout simplement parce que des découvertes thérapeutiques récentes de la plus haute importance ont permis de triompher des principales complications inhérentes jadis au procédé de Daviel. Les lavages antiseptiques permettent d'éviter la suppuration du lambeau. L'anesthésie produite par la cocaïne facilite les manœuvres d'expulsion du cristallin et de réduction de l'iris. Enfin l'ésérine, soit sous forme de pommade ou d'injections intra-oculaires maintient l'iris réduit et s'oppose aux prolapsus. Dès lors, dans les cataractes simples, il y a tout avantage à ne pas mutiler l'iris et à conserver une pupille intacte. L'extraction avec iridectomie sera réservée aux cataractes compliquées.

15.—M. Galezowski (de Paris) prie les membres du Congrès de vouloir bien fixer un instant leur attention sur une nouvelle opération qu'il désigne sous le nom d'*ophthalmotomie ou sclérotomie postérieure*. Elle trouve ses indications dans les hémorrhagies du corps vitré où la vue est perdue, dans les décollements de la rétine, l'irido-choroidite, les corps étrangers de la partie postérieure de l'œil, enfin dans les cas de tumeurs mélanosarcomateuses développées sous la sclérotique. Il a fait quatorze fois cette opération et n'a eu que deux insuccès. Il prétend que c'est la première opération faite sur le segment postérieur de l'œil. On peut être très hardi en ce qui concerne ce segment postérieur, hormis en trois points qu'il faut se garder d'aborder ; ce sont le nerf optique, la région de la macula (dans la crainte du scotome), enfin la zone ciliaire. A part ces trois points, il n'y a pas de région qui soit moins sensible à la douleur. Dans un cas, il a extrait, avec l'aide de l'aimant, après ophthalmotomie postérieure, un morceau d'acier implanté dans le segment postérieur. Il y eut une cataracte traumatique qui fut opérée consécutivement. Le malade a recouvré la vue, quoiqu'il subsiste, au point où fut faite la section de la sclérotique, des traces de choroïdite. Dans un autre cas, il s'agissait d'un décollement de la rétine ; il fit la sclérotomie postérieure entre le droit supérieur et le droit externe et sutura rétine et sclérotique. Résultat superbe chez un troisième sujet, porteur d'une tumeur mélano-sarcomateuse sous-scléroticale de la grosseur d'une tête d'épingle, ayant des élancements douloureux ; il incisa de part en part la sclérotique au galvano-cautère et détruisit cette tumeur. Une petite quantité de corps vitré s'écoula au dehors, mais le malade guérit et la vue se rétablit. Cependant, dans un cas de kyste hydatique, il a eu, à la suite de cette opération, un phlegmon de l'œil.

M. Vascher. — La sclérotomie postérieure est une opération ancienne, puisqu'elle est mentionnée par Hippocrate. Il a fait lui-même cinq ophthalmotomies postérieures pour glaucomes.

8. — *Séance du 23 octobre* 1886 (samedi matin). — Présidence de M. Ehrmann (de Mulhouse.)

Ordre du jour : *De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.*

1.—M. Mollière (de Lyon).—Au point de vue de l'intervention opératoire dans les luxations irréductibles d'origine traumatique, il faut d'abord distinguer les *petites* et les *grandes* articulations. *a*) En ce qui concerne toutes les *petites articulations* il n'y a aucune contre indication à faire l'arthrotomie antiseptique. *b*) *Grandes articulations.* 1° *Hanche :* il n'y insiste pas, n'ayant pas d'expérience personnelle sur ce sujet ; 2° *Epaule :* la luxation est irréductible quand il y a un obstacle anatomique, une déformation articulaire s'opposant à la rentrée de la tête humérale dans la cavité glénoïde. Quand on a reconnu qu'il y a irréductibilité, on peut recourir soit aux sections sous-cutanées des brides cicatricielles et des tendons, soit à la résection, soit à l'ostéoclasie systématique. Les sections sous-cutanées avec le ténotome doivent être suivies immédiatement de manœuvres de réduction. L'ostéoclasie a été utilisée parce qu'on a remarqué que dans les cas de luxation de l'épaule avec fracture de l'os et application du fragment inférieur dans la cavité glénoïde, le membre pouvait récupérer ses fonctions. Enfin on peut ouvrir largement la jointure et enlever toutes les parties osseuses, mettant obstacle à la mise en place des parties déplacées. 3° *Coude :* La résection sous-périostée du coude est une opération si bénigne qu'on doit toujours la tenter dans les cas d'irréductibilité. Cependant on peut se borner parfois à fracturer l'olécrane. Les sections sous-cutanées sont dangereuses au coude. M. Mollière préfère ici la résection partielle ; il conserve l'olécrane et ne sacrifie ordinairement que la capsule du radius et l'extrémité inférieure de l'humérus. Cette résection humérale ne laisse rien à désirer chez les adultes comme chez les enfants et les vieillards. 4° *Pied :* Dans ces luxations, on doit faire l'ostéoclasie au-dessus des malléoles, pour remettre le pied dans la rectitude et permettre la marche. Ne pas réséquer.

2. — M. Trélat demande à ses collègues de faire connaître tous les documents susceptibles de contribuer à éclaircir cette obscure question, à savoir la *conduite à tenir dans les luxations irréductibles de la hanche.* Il cite plusieurs observations de ces luxations et montre les hésitations et les déceptions qu'il a eues lorsqu'il a dû essayer de faire la réduction dans ces cas. 1re Observ. : Homme de 51 ans ; luxation ilio-ischiatique datant de 6 mois et demi, par chute avec écrasement, raccourcissement de 4 cent., pas de déformations, marche impossible sans bâton, et cependant les deux membres étaient demeurés parallèles. Afin de savoir ce qu'il y avait à faire dans ce cas, il fit des recherches bibliographiques et en conclut que personne n'avait pu réduire une luxation de la hanche datant de plus de 3 mois par les méthodes de force, la puissance allant jusqu'à plus de 300 kilogrammes. Hamilton, par contre, cite 11 cas dans lesquels la réduction fut obtenue par les procédés de douceur. Ceci a l'air d'un paradoxe, mais il n'en faut pas douter : plus la luxation est ancienne, plus il faut se garder des manœuvres de force ; et, chez le malade en question, les tentatives de force ne réussirent pas. Pourquoi donc la réduction est elle impossible ? Parce que la cavité cotyloïde est rapidement couverte par les fibres des muscles antérieurs servant d'opercule, et disparaît grâce à la déformation consécutive à la luxation. Au bout de deux mois et demi, Volkmann trouva la cavité du cotyle rempli par des productions stalactiformes et le muscle pectiné était en travers, tendu devant elle comme une barrière. A. Cooper pensait d'ailleurs qu'après deux mois il était dangereux de tenter la réduction de la hanche et le cas connu de MM. Broca et Tillaux démontre que des manœuvres de tractions exagérées peuvent amener la mort du malade par suppuration sous-fessière d'origine traumatique et péritonite consécutive. On sait cependant que M. Polaillon a pu réduire par l'arthrotomie une tête fémorale luxée, au bout de 46 jours. *Conclusion :* Dans les luxations récentes on peut employer la force pour vaincre l'obstacle physiologique, la résistance musculaire. Dans les luxations anciennes, il faut se garder des manœuvres violentes ; il n'y a pas de cas de guérison par ces méthodes de force après 3 mois. A cette époque il faut recourir, le diagnostic établi, aux méthodes de douceur ; si on a un échec, ne pas abandonner le malade, mais tenter l'arthrotomie avec essais de réduction, si les myotomies et ténotomies ne donnent aucun résultat. Si le membre est fléchi et la marche impossible, recourir à l'ostéoclasie ou l'ostéotomie avec redressement consécutif.

3. — M. Bouilly (de Paris) vient raconter l'histoire de trois malades allant à l'encontre de ce qu'on vient de dire. Certaines luxations anciennes, dites irréductibles, ont pu en effet être réduites sans recourir aux opérations sanglantes. Dans deux cas (luxations anciennes du coude : une datant de 4 mois et demi, une de 8 mois et 20 jours) il a pu réduire, grâce aux appareils puissants de M. Hennequin. Dans le troisième cas, il s'agit d'une luxation de la hanche datant de 3 mois, avec flexion extrême du membre en avant. On se préparait, en dé-

© BIU Santé

sespoir de cause, à faire l'ostéotomie, lorsque pendant les dernières manœuvres de réduction tentées, on fit une fracture du fémur à l'union du tiers supérieur au tiers moyen de la cuisse. Redressement, immobilisation, résultat excellent. Cependant l'ostéotomie est indiquée en pareille occurrence.

M. TRÉLAT affirme qu'il y a des exemples de réduction de luxations du coude après un an et que les deux premières observations de M. Bouilly ne sont pas uniques. Pourquoi préférer l'ostéotomie? A-t-on des raisons suffisantes? Non.

M. VERNEUIL rapporte qu'un accident analogue à celui de M. Bouilly lui arriva en essayant de réduire une luxation sus-pubienne du fémur. Fracture du col de l'os, rectitude du membre désormais facile à maintenir. De même pour le coude, la fracture de l'olécrane permet de replacer l'avant-bras en bonne situation.

M. RECLUS (de Paris) prétend que chez les enfants présentant une luxation du coude en arrière, irréductible, on peut observer le retour de tous les mouvements du bras et de l'avant-bras, c'est-à-dire le rétablissement de la fonction et même le rétablissement de l'articulation au point de vue morphologique. Il a vu avec M. Trélat un cas de ce genre.

4. — M. OLLIER. — *Résection de l'épaule dans les luxations anciennes.* — Rarement on a pratiqué la résection de l'épaule pour une luxation irréductible de cette articulation. Cependant cette opération a été pratiquée plusieurs fois en Angleterre, en Amérique et en Allemagne. On en connaît 7 cas (5 sont cités dans une thèse de Halle passée en 1885, 1 de M. Thomas, de Tours, 1 de M. Ollier). M. Ollier à dû faire cette opération et a vu que la capsule était tassée sur la cavité glénoïde comme un ménisque. Il eut, après la résection, de la peine à ramener l'humérus dans la cavité glénoïde par suite de la rétraction musculaire qui s'était établie lentement et progressivement.

5. — M. DOYEN (de Reims). — *Luxation du coude méconnue. Ankylose. Arthrotomie. Reproduction des mouvements. Présentation de l'opérée.* — Une jeune fille de 16 ans se luxe le coude en arrière et en dehors. Au bout de trois semaines, irréductibilité. Quatre mois après, ankylose presque complète. Arthrotomie. Incision de l'épitrochlée à l'épicondyle et incision verticale ascendante le long du tendon du triceps. Section très oblique de ce tendon. Isolement du nerf cubital. Ouverture de l'articulation. Les extrémités osseuses sont tenues immobiles par des brides cicatricielles d'une solidité remarquable. Curage de l'articulation, en ménageant les cartilages d'encroûtement. Evidement des cavités sigmoïde, oléo-crânienne et coronoïde. Réarticulation. Suture des ligaments latéraux, du triceps et de la peau. Réunion immédiate en un seul pansement. Reproduction des mouvements: 100° du côté opéré; 125° du côté sain. La malade, examinée dans la salle du Congrès, ne présente aucune adhérence profonde de la cicatrice cutanée. L'articulation joue sous le moindre frottement. M. Doyen insiste sur le procédé opératoire qu'il a exécuté le premier. Son opération a donné de bien meilleures résultats que les réductions par les méthodes de force des anciennes luxations du coude. L'arthrotomie avec curage des produits cicatriciels est la méthode de choix s'il s'agit d'intervenir dans les luxations irréductibles. Cette méthode peut s'appliquer à toutes les régions. La section oblique des muscles est des plus favorables et en facilite la réunion. Les résections doivent être réservées aux cas où les extrémités osseuses sont cariées ou nécrosées.

6. — M. DECÈS (de Reims) cite deux cas de *luxations irréductibles du coude traitées par l'arthrotomie.* — Il vante l'incision transversale de l'épitrochlée à l'épicondyle qu'il préfère parce qu'on voit mieux l'articulation.

7. — M. TRIPIER (de Lyon). — Chez un sujet atteint de *fracture de la tête humérale avec luxation sous-coronoïdienne*, a dû, après essais de réduction, tenter une *intervention opératoire* en présence de complications du côté des vaisseaux du bras. Le pouls axillaire en effet n'existait plus. Ce fait peut être considéré comme un cas unique: cet homme fait une chute d'une hauteur de 2 mètres; deux jours après il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon avec un gonflement tel que, s'il est facile de reconnaître l'existence d'une fracture de l'humérus, il est, par contre, impossible de diagnostiquer une luxation. Le membre est placé dans une gouttière de Bonnet. Après des tentatives de réductions répétées plusieurs fois de suite par pression et refoulement, une intervention opératoire sous le chloroforme est décidée, surtout à cause des troubles vasculaires. M. Tripier incise la partie antérieure de l'aisselle entre le deltoïde et le grand pectoral; capsule intacte; la tête humérale est impossible à réduire par suite de la présence de fragments osseux entre la cavité glénoïde et la tête de l'humérus. Ne pouvant parvenir à les extraire, M. Tripier enlève la tête de l'os. Guérison. — Dans le second cas, il s'agit d'un individu qui est renversé et peut-être piétiné par un cheval emporté. Vaste ecchymose sur la poitrine; pas de fractures de côtes; refroidissement du membre. Dix jours après, on aperçoit des phlyctères sur le bras et l'avant-bras, puis de la gangrène due à l'attrition de la main et de l'avant-bras dans le traumatisme, ou bien à l'état athéromateux du malade, ou au diabète dont il est atteint? M. Tripier fait la désarticulation de l'épaule. Légère rémission du bord, mais, le lendemain, phénomènes graves et mort. M. Tripier insiste sur les troubles vasculaires et sur les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans ces cas.

8. — M. SÉVEREANO (de Bucharest), relate 3 cas de luxation de l'épaule intéressants; le premier parce la luxation était double, le second parce qu'elle s'était produite en bas et était sous-glénoïdienne, le troisième parce qu'il est très rare; elle était sous-coracoïdienne. Il a pratiqué dans deux cas des résections pour luxations irréductibles: 1° Résection de l'extrémité inférieure des os de jambe pour luxation en avant très prononcée du pied, ancienne, entravant absolument la marche; guérison. 2° Luxation de la hanche: femme de 30 ans, luxation ischio-iliaque due à un éboulement de terre; la jambe est fortement fléchie. Il tenta la réduction en employant une puissance de 400 kilos, ce qui est exagéré. Il fit alors une incision de la tête fémorale, la mit à découvert et essaya de la refouler dans la cavité cotyloïde; malgré des efforts très grands il n'y put parvenir. La capsule fendue en bas était tordue sur son axe. Il fut obligé de décapiter le fémur. Trente jours après, l'opérée allait bien, mais depuis il l'a perdue de vue. — M. Severeano propose de remplacer dans les mouffles utilisés pour réduction de luxation les courroies de cuir par des écheveaux de coton très résistants et ne risquant pas de se rompre.

M. OLLIER pense qu'*à priori*, dans les cas difficiles et anciens, il vaut mieux réséquer la tête fémorale que de nettoyer la cavité cotyloïde remplie de productions osseuses.

9. — M. MAYDL (de Vienne), assistant du Pr ALBERT (de Vienne), adresse un mémoire sur le *traitement opératoire des luxations anciennes irréductibles du coude*, mémoire dont M. Pozzi, secrétaire général, donne lecture en son absence. *a) Choix de l'incision*: 1° longitudinale (partie médiane de l'olécrâne)? non, on ne voit pas bien l'article. 2° Transversale? opération facile, mais pansement et suites opératoires compliquées. 3° Il préfère deux incisions longitudinales sur les bords de l'olécrane; de cette façon on ménage le nerf cubital et le tendon du triceps. *b). Choix de l'opération*: 1° Arthrotomie simple avec reposition consécutive des fragments. Il la recommande parce qu'il faut être conservateur en chirurgie et ménager quand on le peut les extrémités articulaires. Sur 5 opérations, il fit 3 arthrotomies. 2° Résection: il ne l'a faite qu'une seule fois. — *c) Choix de pansement* ou *traitement de la plaie*: aucune réunion, plaie laissée béante, pas de drainage, pansement antiseptique changé seulement tous les 6 ou 7 jours.

9. — *Séance du 23 octobre* 1886 (samedi soir). — PRÉSIDENCE DE M. OLLIER.

Communications diverses.

1. — M. AUBERT (de Mâcon) cite deux observations intéressantes: 1° *Plaie de l'intestin* (rectum) par empâlement; fragment de bois passé dans la cavité prévésicale, extirpation. — 2° *Etranglement interne; laparotomie, anus contre nature; guérison.*

2. — M. DUMESNIL (de Rouen) montre *quelle influence l'albuminurie* peut avoir dans les *opérations chirurgicales*, autrement dit étudie les indications opératoires lors d'albuminurie. Un homme atteint d'ostéite du genou subit l'amputation

© BIU Santé

de cuisse ; albuminurie dans les urines; décroissance de l'albuminurie de 7 0/0 à 2 0/0 après l'opération. Ceci prouve que l'albuminurie, même symptomatique d'une lésion rénale n'est pas toujours une contre-indication opératoire.

3. — Le professeur VULLIET (de Genève).— *Des avantages de la dilatation dans le traitement curatif et palliatif du cancer utérin.* — Cet auteur a appliqué sa méthode de dilatation au traitement curatif et palliatif du cancer utérin. Les avantages qu'il attribue à cette méthode peuvent se résumer en un contrôle plus complet et plus précis. 1° Sur les lésions intra-cavitaires du cancer ; 2° Sur les opérations et les pansements pratiqués contre lui ; 3° Sur les effets ultérieurs des dits opérations et pansements. Après avoir dilaté et constaté l'étendue des lésions, M. Vulliet se décide selon le cas soit pour le traitement curatif soit pour le traitement palliatif. Par les mots traitement curatif, il entend un traitement qui doit aboutir à la cicatrisation ; il ne leur donne pas la signification d'une cure radicale définitive. Si le cancer est superficiel, s'il n'a pas infiltré déjà les tissus circonvoisins, Vulliet entreprend le traitement curatif, qui consiste en raclages répétés avec la curette d'abord, avec l'ongle ensuite, puis en cautérisations ignées et chimiques très énergiques et concentrées sur le néoplasme. Quand le cancer s'est étendu au delà de la matrice, Vulliet renonce aux raclages énergiques; il veut qu'on économise les tissus; il fait le traitement palliatif qui doit: 1° Arrêter les déperditions organiques; 2° Empêcher les décompositions septiques ; 3° Calmer les douleurs. Ce triple but est atteint: 1° Par la dilatation modérée de la matrice ; 2° Par l'emploi de substances antiseptiques et désodorantes, telles que l'iodoforme et le térébène. — M. Vulliet a eu l'occasion de traiter 17 cas de cancer utérin par sa méthode; 9 d'entre eux ont été soumis d'emblée au traitement palliatif. Le minimum de prolongation de la vie a été de 18 mois comptés à partir de l'apparition des premiers symptômes; le maximum a été de 3 1/2 ans. Aucune malade n'est morte de complications dues aux opérations entreprises. Une de ses malades est atteinte de cancer depuis deux ans et demi; elle est cependant dans de si bonnes conditions qu'elle dirige une école d'enfants, 8 ont été soumises au traitement curatif. Chez 3 l'affection a été retardée dans sa marche, mais il n'y a pas eu de cicatrisation désirable. Elles vivent actuellement. Elles sont soumises au traitement palliatif. Chez 5 malades, la cicatrisation a été parfaite et durable. Une est morte après 8 mois, mais de pneumonie aiguë ; 4 vivent. Une est cicatrisée depuis 14 mois; la 2me depuis 9 mois ; la 3me depuis 6 mois; la 4me depuis 4 mois. Chez 2 des malades, la cavité utérine a entièrement disparu par suite de la soudure des parois. Chez une autre, il ne reste qu'un petit pertui. L'avenir nous apprendra pour combien de temps ces malades seront à l'abri de recidives. Voici les conclusions de cette communication : 1° Le cancer utérin est dans quelques cas une affection cicatrisable ; 2° La méthode de dilatation de l'auteur place l'opérateur dans des conditions très favorables soit pour obtenir cette cicatrisation lorsqu'elle est possible, soit pour procéder à son traitement palliatif si l'affection est d'emblée ou après essai du traitement curatif reconnu incurable.

4. — M. BAZY (de Paris). — *Limites de la lithotritie.* — M. Bazy fait une communication sur les limites de la lithotritie dans le traitement des calculs vésicaux. Voici le résumé de cette communication : 1° La lithotritie est la méthode de choix dans le traitement des calculs vésicaux. La taille est la méthode de nécessité. 2° Les contre-indications à la lithotritie sont tirées, non comme on le disait autrefois, de l'état des reins, mais plutôt de l'état de la vessie, du volume et de la dureté de la pierre. 3° L'asepsie des voies urinaires peut être assurée aussi bien par la lithotritie que par la taille, et le traumatisme peut être réduit au minimum par la lithotritie. 4° Pour que la lithotritie, dans les cas douteux, conserve sa supériorité, il est nécessaire, le plus souvent, sinon toujours, que la pierre soit évacuée en une seule séance. 5° Quand la vessie est depuis longtemps atteinte d'inflammation et qu'il sera nécessaire d'assurer un rapide écoulement aux produits de sécrétion, la pierre étant d'ailleurs volumineuse, la taille pourra être supérieure à la lithotritie. 6° Dans tous les autres cas, les limites de la lithotritie seront marquées par l'habitude de l'opérateur, la puissance des instruments, et aussi la résistance de l'opérateur à la fatigue. M. Bazy fait suivre cette communication de l'observation d'un malade chez lequel il a broyé un calcul de 100 grammes avec un plein succès, le malade ayant pu se lever quatre jours après la lithotritie.

5. — M. MARCHAND (de Paris). — *Traitement chirurgical du prolapsus utérin.* — Ce chirurgien pratique la colpopérinéorrhaphie postérieure pour combattre le prolapsus utérin. Cette opération a été rarement pratiquée en France, et, cependant, M. Marchand, à lui seul, l'a faite 12 fois; car il la préfère dans ces cas à l'hystérectomie, procédé trop radical.

Le prolapsus utérin est dû soit à l'hypertrophie sous-vaginale du col, soit à des tumeurs utérines. Les ligaments utéro-sacrés sont relâchés, le vagin est déformé et élargi, ses connexions perdues, la vulve est béante. L'opération d'Alexander ne donne pas toujours de bons résultats. La colpopérinéorrhaphie a à son actif un certain nombre de succès, surtout quand on fait en même temps l'épisiorrhaphie ou rétrécissement de la vulve. Il n'a pas eu d'insuccès dans ses 12 cas.

6. — M. PONCET lit un travail de M. VINCENT (de Lyon) sur la *résection de la hanche dans les luxations congénitales.* — La luxation simple est toujours justiciable du corset orthopédique. Les luxations doubles avec effacement des saillies trochantériennes doivent être traitées par la résection, car les trochanters ne peuvent soutenir le corset, mais la résection ne sera qu'uni-latérale et pratiquée suivant le procédé d'Ollier. Après cette opération, on pourra appliquer un corset. On ne doit pas faire de résection orthopédique quand les trochanters sont saillants.

M. PONCET rapproche de ces faits l'observation d'un malade atteint d'une fracture de la rotule et chez lequel il fit une arthrotomie pour obtenir une ankylose fibreuse. Le malade put se remettre après guérison au travail.

7. — M. COMBE (de Paris). — *Catarrhe du sinus maxillaire. Les limites de sa curabilité. Son traitement par les poudres antiseptiques et en particulier par l'iodol.* — Le seul traitement du catarrhe du sinus consiste dans la trépanation de la cavité, l'installation d'un tube métallique de drainage à faible diamètre et l'application des poudres antiseptiques, précédée de lavages. Les injections pratiquées par les fosses nasales sont sans aucune espèce d'action sur le catarrhe du sinus. Un catarrhe dont l'apparition des symptômes premiers ne remonte pas à plus de huit jours, guérit en une semaine. Si le malade n'est soumis au traitement qu'après deux mois d'accidents, il faudra compter sur le même délai de deux mois pour obtenir la guérison. Si le traitement n'est entrepris que six mois après les premières manifestations, la guérison ne s'obtient que très rarement et le malade est condamné, presque toujours, à vivre avec un tube de drainage. Les erreurs de diagnostic des malades et des médecins expliquent le retard qui est apporté parfois à l'intervention chirurgicale. Des malades pusillanimes reculent quelquefois longtemps devant cette petite opération, reprenant espoir à la moindre diminution dans l'écoulement, qui est variable de quantité, surtout chez la femme. Exemple : Une femme prévenue depuis huit mois ne se laisse opérer qu'au bout du neuvième mois, après avoir consulté dix-sept médecins. M. Combe estime que dans certains ulcères rebelles des cornets du nez, on retire de grands avantages des injections pratiquées par le sinus trépané. Traitement : Injections avec glycérine phéniquée; insufflations de poudre d'iodol. L'odeur « de poisson pourri » n'est plus perçue par le malade, dès le second jour. Au quatrième jour, les matières rejetées n'ont plus d'odeur. Au huitième, les injections ressortent nettes.

8. — M. ROUTIER (de Paris). — *Du danger des injections sous-cutanées de morphine dans l'étranglement herniaire.* — Il cite deux cas (hernie ombilicale), dans lesquels ce moyen de traitement trompeur permit de temporiser en atténuant les accidents de l'étranglement ; mais il en résulta que l'intestin présenta, lors de la kélotomie, des plaques des phacèle étendues. Il est vrai que les symptômes alarmants sont atténués par la morphine, mais le médicament ne fait pas cesser l'étranglement et en l'employant on arrive à transformer la ké-

© BIU Santé

lotomie en une opération grave, l'intestin étant déjà malade quand on opère. Il ne faut pas se le dissimuler, en présence d'un étranglement herniaire, il ne faut pas temporiser et ne quitter le malade qu'après réduction de la hernie.

9. — M. Redon présente un nouveau mode de pansement antiseptique au moyen de la *tourbe* dont l'usage est presque inconnu en France, tandis qu'à l'étranger on l'a depuis longtemps expérimenté. La tourbe est précieuse parce qu'on peut la rendre aseptique, parce qu'elle est douée d'une porosité remarquable et qu'elle a un pouvoir absorbant énorme.

10.— M. Apostoli (de Paris) fait une communication sur le *traitement électrique des fibromes utérins* (1).

11.—M. Aubert (de Lyon) a fait des expériences à l'aide de la *lanoline au sujet de l'absorption cutanée*. La lanoline ou graisse extraite du suint des bêtes à laine, dont la synthèse a été faite par Berthelot, est remarquable chimiquement en ce qu'elle résulte de la combinaison d'un acide gras avec la cholestérine. Liebreich pensait que la lanoline favorisait l'absorption cutanée, mais les expérience de M. Aubert lui permettent de conclure d'une façon diamétralement opposée. La lanoline, non seulement retarde l'absorption cutanée, mais même l'entrave complètement. On peut l'employer en chirurgie comme véhicule d'une antiseptique quelconque.

12.— M. Redard (de Paris) cite quelques observations de *difformités congénitales* intéressantes. — 1re Observation : Syndactylie et ectrodactylie chez un enfant; il présente en même temps à la main gauche un index dont la base est creusée d'un sillon régulier et assez profond, la circulation se fait bien cependant dans ce doigt. Même sillon à l'annulaire réduit à la 3e phalange. Médius et petit doigt réunis par-dessus l'annulaire atrophié. A la main droite, sillons multiples à l'annulaire. — Analyse histologique de ces sillons (sclérose conjonctive). A la jambe gauche bride au 1/3 inférieur. Différence de température dans les deux pieds : pied gauche 27°, pied droit 21°,5.

2e Observation. — Absence d'une rotule chez un enfant; anomalie très rare. M. Redard s'est demandé si l'absence de rotule était congénitale ou si l'os a existé pendant quelque temps pour s'atrophier ensuite.

3e Observation. — Enfant de 15 mois, courbure très prononcée du tibia. Pied en valgus equin. Raccourcissement très notable (6e) du membre. Il fit deux ténotomies du tendon d'Achille et le massage forcé. L'enfant peut actuellement marcher.

M. Jeannel (de Toulouse) insiste sur l'importance de l'examen histologique des brides et sillons des doigts de l'enfant dont il est parlé dans la 1re observation. Cet examen a montré que la cause de ces sillons était une atrophie partielle de la peau (cause intrinsèque) et qu'il ne s'agissait pas d'une cicatrice (cause extrinsèque).

13.— M. Boisseau du Rocher (de Paris) s'est proposé d'examiner l'intérieur des cavités de l'organisme : estomac, intestin, vessie, et dans ce but a inventé une méthode d'éclairage à laquelle il donne le nom de *mégaloscopie*. Il présente successivement le mégaloscope stomacal, vésical, rectal. Il éclaire la cavité avec une petite lampe à incandescence. Malheureusement cette instrumentation est assez complexe.

14.— M. Peyrot (de Paris) communique une observation de *panaris tuberculeux de la phalangine du médius droit*. Homme de 31 ans; croyant avoir affaire à un panaris simple, on incise, mais plus tard amputation du doigt, après soupçon de tuberculose; à l'examen histologique lésions tuberculeuses nettes.

La séance est levée et la session déclarée close pour l'année 1886.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 octobre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Richelot fait un rapport sur deux observations envoyées par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). 1° *Tumeur blanche du coude gauche avec fistules; résection du coude; suppuration prolongée; appareil spécial de drainage; guérison.* 2° *Fracture de la cuisse gauche; luxation de l'astragale droite; luxation de l'épaule gauche; paludisme.* — Il fit l'extraction de l'astragale et le raccourcissement consécutif à cette opération du côté droit compensa celui de la jambe gauche dû à la fracture de cuisse. — Réveil de fièvre intermittente; guérison en 3 mois.

M. A. Poncet (de Lyon) communique une observation de *blessure de l'aisselle par une arme à feu*. Hémorrhagie; ligature de l'axillaire. Nouvelle hémorrhagie, ligature de la sous-clavière. Nouvelle hémorrhagie; mort malgré transfusion d'un liquide alcalin dans les veines. Conclusion : En pareil cas, on devra lier les deux bouts du vaisseau dans la plaie; mais s'il y a hémorrhagie consécutive avec septicémie locale, il est rationnel de songer de suite à la désarticulation de l'épaule plutôt qu'à la ligature secondaire de la sous-clavière.

M. Terrier cite un cas de corps étranger de l'urèthre qu'il a extrait en faisant une longue incision uréthrale. Puis il tenta la réunion de la muqueuse uréthrale par première intention en faisant la *suture des parois du canal*. Il eut soin cependant de laisser la plaie cutanée (région penienne et scrotale) largement béante, craignant l'infiltration d'urine en cas d'absence de réunion de l'urèthre, et plaça une sonde molle à demeure. Cette suture de 7cm environ réussit très bien sauf dans 1cm environ; au 20e jour, guérison complète. — Urine rendue aseptique par emploi du borate de soude à l'intérieur. M. Terrier ne connaît pas de fait analogue.

M. le Dentu a fait une suture de l'urèthre pour compléter une uréthrotomie externe.

M. Lucas-Championnière croit que c'est M. D. Mollière (de Lyon) qui a fait le plus de sutures de l'urèthre, dans un but différent il est vrai (après extirpation d'un rétrécissement); malheureusement, le chirurgien lyonnais n'a pas eu beaucoup de succès. Quant à lui, il pense que cette suture est inutile dans la plupart des cas. Il a fait la suture du périnée sans suturer l'urèthre ; une sonde était dans le canal.

M. Th. Anger ne voit pas la nécessité de faire cette suture; la guérison est aussi rapide quand on n'y a pas recours.

M. Verneuil admet en principe la suture immédiate de l'urèthre dans certains cas, pour la portion pénienne, par exemple; il croit que l'uréthrorrhaphie pénienne est une bonne opération, car on sait combien les fistules de cette région sont difficiles à guérir. Mais la suture de l'urèthre est moins utile quand il s'agit des parties profondes: urèthre scrotal, périnéal, bulbaire.

M. Horteloup pense que la suture de l'urèthre ne peut pas donner de meilleurs résultats que la méthode classique dans l'uréthrotomie externe. D'autre part, il regarde la suture du périnée comme dangereuse à cause de l'infiltration d'urine possible.

M. Terrier. La question à dévié; il ne veut parler de la suture de l'urèthre que pour les cas de corps étrangers ou de calculs de l'urèthre, et non pas pour les rétrécissements. Il craint lui aussi la suture du périnée et de la peau; s'il la pratiquait, il aurait soin de placer entre l'urèthre suturée et la peau réunie un petit tube à drainage.

M. Monod présente un *fibrome utérin* de la grosseur d'une orange, situé tout entier dans la cavité utérine, enlevé à cause des hémorrhagies considérables qu'il occasionnait. Il dut inciser le col et le fit avec les ciseaux du thermo-cautère; il pensa à utiliser la serpette de Courty pour couper la pédicule. Guérison en 8 jours. Il recommande cette section du col au thermo-cautère.

M. Pozzi fait la section bilatérale du col avec de forts ciseaux peu tranchants; il n'a jamais eu d'hémorrhagie d'origine cervicale et a pu ainsi explorer et voir, avant l'extirpation, la cavité utérine. La section rapide à l'instrument tranchant du pédicule du polype ou du fibrome sous-muqueux est préférable pour éviter toute hémorrhagie utérine. On fait ensuite un tamponnement intra-utérin.

M. Lucas Championnière s'étonne de voir employer le thermo-cautère pour sectionner le col; il fait cette section aux ciseaux. Si les tumeurs à enlever sont sessiles dans la cavité, il

(1) Voir ce que nous avons dit sur ce sujet lorsque l'auteur fit une communication analogue au Congrès de Nancy. *Prog. méd.* page 697, n° 34, 1886.

© BIU Santé

faut couper hardiment et tamponner avec de la gaze iodoformée.

M. LE DENTU ajoute : pour pouvoir pénétrer plus facilement dans l'utérus, on peut faire sa dilatation avec les excellents mandrins d'Hégar, il a placé une fois un tube à drainage dans l'utérus.

M. GUÉNIOT. — La serpette de Courty a une envergure trop petite pour sectionner un pédicule assez gros. On peut enlever les polypes avec le serre-nœud et alors on n'a pas besoin d'abaisser l'utérus ; on n'a pas d'hémorrhagie. Si le col est long, il croit bon de le sectionner au thermocautère ; s'il est effacé, c'est inutile.

M. POZZI fait remarquer que ce qui importe quand on opère avec l'instrument tranchant, c'est la fixation de l'utérus par des pinces, et non pas son abaissement. La mise en place du serre-nœud lui paraît très difficile.

M. PONCET présente des appareils prothétiques pour rhinoplastie (1).

M. ROUTIER présente une malade à laquelle il a pratiqué, pour une *tumeur sarcomateuse de la partie externe du nez*, une résection du maxillaire supérieur ; il demande quel appareil prothétique il faut appliquer.

M. Marc SÉE est nommé membre honoraire par 21 voix sur 21 votants.

MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE.

Séance du 25 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. RIBOT.

M. BABINSKI communique le résultat de recherches qu'il a faites à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, et qui établissent que certaines manifestations hystériques peuvent, sous l'influence de l'aimant, être *transférées d'un sujet à un autre sujet*, ceux-ci étant même placés à une certaine distance l'un de l'autre. Dans une 1re catégorie d'expériences pratiquées sur deux hystéro-épileptiques hypnotisables, il a pu transférer de l'une à l'autre de ces malades l'hémianesthésie dont elles étaient atteintes, ainsi que certains accidents qu'il produisait chez elles par suggestion : des paralysies diverses, flasques ou spasmodiques, telles que monoplégies brachiales ou crurales, hémiplégies, paraplégies, des coxalgies, du mutisme, etc.

Dans une 2e catégorie d'expériences il a mis en rapport avec un des sujets précédents des malades atteints de paralysies hystériques diverses, spontanées. Ces accidents se transmettent au sujet hypnotisable, mais le plus souvent persistent en même temps chez les malades présentant la paralysie spontanée. Pourtant dans un cas il y a eu amélioration d'une contracture du membre inférieur, à la suite de plusieurs expériences consécutives et il y aurait même là une méthode de traitement (2).

M. FAMORY fait une communication sur le langage intérieur.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 25 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. SEMELAIGNE.

M. Jules VOISIN. — *Suggestion, action des médicaments à distance, action de l'aimant et des métaux.* — Changements tomatique et psychique. Le médecin de la Salpêtrière a lu deux observations d'*hystériques* du plus haut intérêt. Il étudie chez ces deux malades l'action des médicaments à distance, l'action des métaux et de l'aimant et il donne une interprétation raisonnée des différents changements d'état, de personnalité que présente un de ses malades, le nommé V.... le même sur lequel MM. Bourru et Burot expérimentèrent. (Voir *Congrès de Grenoble* 1885 et *Société de Biologie* 1885).

Il expérimente à l'aide de flacons de couleur sombre, bouchés et cachetés et numérotés. Il ne connait pas la substance renfermée dans ces flacons et il a soin de ne prononcer aucune parole devant le malade. Il met le malade en léthargie, en somnombulisme et en catalepsie, et dans ces trois états, il n'obtient aucun effet médicamenteux. Quand il opère chez le sujet à l'état de veille, celui-ci aussitôt s'hypnotise et donne des signes de malaise, nausées et vomissements. Si dans un des états d'hypnotisme, il annonce le nom d'un médicament dont les effets sont bien connus, ou les effets d'un médicament quelconque, aussitôt le sujet en expérimentation donne une représentation des effets physiologiques annoncés. La suggestion et l'auto-suggestion sont donc ici manifestes.

Passant à une autre série d'expériences, M. Jules Voisin constate qu'en une des trois phases du sommeil (léthargie, somnambulisme, catalepsie) l'état de V... n'est pas modifié par l'aimant. A l'état de veille, il ne se produit de changement que si l'aimant est vu; il produit alors une attaque. La suggestion est probablement la cause de ce phénomène.

L'or et le mercure à l'état de veille amènent la rubéfaction et la vésication pourvu que leur présence soit constatée par V... L'action a lieu également en somnambulisme. Par la suggestion on peut détruire ou même produire sans métaux l'effet de ces métaux, et si le contact du métal à l'état de veille à lieu à l'insu de V..., il n'y a pas d'action.

La sensibilité générale, la sensibilité sensitivo-sensorielle, la motricité et l'état psychique sont modifiés par la suggestion. Partant de ce point, M. Jules Voisin se demande si les changements de personnalité décrits comme tels par MM. Bourru et Burot ne représentait pas la dernière phase d'une attaque hystérique, phase de délire hallucinatoire qui durerait plusieurs mois, car ces changements ont toujours suivi une attaque.

On observe les mêmes changements momentanés en somnambulisme. Ils sont toujours précédés d'un changement physique semblable à une attaque et ils paraissent être ramenés au moyen d'une suggestion ou auto-suggestion ou d'une représentation mentale qui accidentellement rappelle les souvenirs de la vie antérieure de V...

59e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS (*suite*).

(*Session de Berlin*).

M. BAUMGAERTNER (Baden-Baden). — *De la Cachexia strumipriva.* — L'auteur entretient d'abord le Congrès des résultats thérapeutiques obtenus chez les malades atteints de cachexie qu'il a présentés il y a 2 ans au Congrès : il relate en outre un cas nouveau. Il oppose à ces cas 6 autres sujets opérés de thyroïde strumée ; ces 6 opérations n'ont pas été suivies de cachexie, et pourtant, comme dans les cas précédents, l'extirpation totale du goitre a été pratiquée. Baumgaertner pense trouver la clef des phénomènes observés dans des modifications des filets nerveux de la plaie, pouvant aller jusqu'à des atrophies atteignant les centres du grand sympathique. L'opérateur doit, dans chaque extirpation, tenir compte d'une cachexie possible et chercher à l'éviter. D'autres dangers seront évités par l'amélioration dans la technique, et Baumgaertner conclut, en fin de compte, qu'on ne peut rayer l'extirpation totale du goitre du rang des opérations permises, puisqu'elle est appelée à sauver l'existence des malades.

M. SIMON (de Londres) croit que le myxœdème est identique à la cachexie strumiprive et au crétinisme. On a souvent observé cette première affection en Angleterre : elle est plus commune chez la femme. Tous les cas mortels ont présenté une atrophie totale de la thyroïde ; le grand sympathique, observé soigneusement, était normal. Il croit que dans l'extirpation totale la compensation se fait par des thyroïdes accessoires ou déplacées. Des opérations de ce genre, faites sur des singes, ont donné lieu à une énorme accumulation de mucine dans diverses parties du corps (Hassely).

M. BARDELEBEN (de Berlin) ne croit pas que chez le chien, le chat, la chèvre, etc., qui présentent des thyroïdes extrêmement petites, la glande a la même fonction que chez l'homme. Il n'a vu aucun cas de cachexie sur plus d'une douzaine d'opérés, en partie jeunes encore ; quelques-uns sont encore aujourd'hui très intelligents. Comment s'expliquer que le pour cent des formes graves varie tellement d'une statistique à l'autre ? Il croit qu'il est fort rare de trouver chez l'homme des thyroïdes accessoires. Une paralysie du nerf laryngé inférieur n'a jamais provoqué autre chose que des troubles moteurs (1).

M. JOSEPH (de Berlin). — Recherches expérimentales sur *l'étiologie de l'alopécie en aires.* — L'opérateur a réussi, en enlevant chez des chats le ganglion spinal de la deuxième paire cervicale, ainsi que les morceaux des racines antérieure et postérieure y attenants, à provoquer une chute des poils qui ressemble absolument à l'alopécie

(1) Voir dans le *Progrès médical*, n° 42, page 878, 1886, un article de M. Poncet sur ce sujet.

(2) La communication de M. Babinski sera publié *in extenso* dans un des numéros de novembre prochain.

(1) Voir à ce sujet la communication de M. J. Reverdin (de Genève) au *Congrès français de chirurgie*, *Prog. méd.*, n° 43.

© BIU Santé

en aires observé chez l'homme. Peu de temps après l'opération, vers le dixième jour environ, se montraient encore plusieurs plaques circonscrites où les poils disparurent, et cela dans la région innervée par les nerfs sectionnés. Ces plaques avaient une grandeur variant d'une pièce de 20 centimes en argent à 1 franc environ. La peau en cet endroit ne présentait ni rougeur ni pâleur, ni troubles sensitifs, ni démangeaisons, ni microphytes. L'orateur repoussant avec certitude toute espèce de traumatisme possible ou d'influence vasomotrice dans la genèse de ces phénomènes, arrive à conclure à l'existence de nerfs trophiques. La calvitie produite par l'expérience est le résultat de l'extirpation nerveuse, de nature purement trophique. Le microscope est venu confirmer le raisonnement de Joseph ; ce savant a en effet observé une atrophie du bulbe pileux et une disparition absolue du poil ; les glandes sébacées et sudoripares restent intactes et il n'y a pas de trace de phénomènes inflammatoires.

L'explication de ces phénomènes curieux, à savoir que des parties moyennes d'un nerf pouvant être malades pendant que les extrémités périphériques fonctionnent encore normalement, se trouve dans le fait que dans la région innervée par la seconde paire cervicale se trouvent des territoires où l'influence trophique se fait exclusivement par certains nerfs dans certaines parties et dans d'autres par plusieurs nerfs à la fois. Les poils ne tombent que dans les premiers de ces territoires. En outre, il y a sans doute un certain antagonisme entre les nerfs trophiques et les vasomoteurs.

Comment expliquer ensuite que la plaque en grandissant envahisse des places innervées par d'autres nerfs cutanés? Les expériences éclaircissent aussi ce point obscur. Car, si on sectionne des deux côtés des racines, on verra outre les plaques dénudées symétriques bilatérales dans le domaine de la deuxième paise cervicale, des plaques se former dans le domaine du trijumeau. Il y a ici dégénérescence centripète passant sur le rameau centripète du trijumeau, qui représente donc une voie que puissent suivre les troubles trophiques.

En terminant, l'orateur donne quelques faits cliniques à l'appui de sa thèse, pouvant servir à établir la nature trophique et névritique de l'affection connue sous le nom d'alopicie en aires.

J. CASPER.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Le chlorure de sodium et les eaux chlorurées sodiques. — Eaux minérales et Eaux de mer ; par le Dr L. BRANCHE.
II. Luchon dans le traitement de la syphilis ; par le Dr FERRAS.

I. La thèse de M. Branche est une œuvre considérable; embrassant tout à la fois les Eaux minérales et les Eaux de mer, elle est donc aussi complète que possible. L'accueil qui lui a été fait par la faculté de Lyon sera partagé par tous ceux qui la consulteront. Les bains de mer étaient employés dès la plus haute antiquité. Hippocrate, Galien connaissaient déjà l'usage médical de l'eau de mer et même l'art d'en fabriquer d'artificielle. Sénèque, Pline, Celse ont écrit quelques belles pages sur ce sujet, mais ce n'est guère qu'à partir du XVIIIe siècle qu'ont été formulées les règles du bain de mer thérapeutique. C'est Richard Russell qui essaya le premier à en établir les indications. L'Allemagne entra très vite dans la voie ouverte par la Grande-Bretagne. En 1794 Lichtenberg créa à Doberan le premier établissement balnéaire. Comme toujours, la France ne suivit que de loin les progrès accomplis par ses deux puissantes voisines. Ce n'est, en effet, qu'en 1813, que le premier établissement de bains de mer fut installé à Cette sur les plans de Delpech. Dans la Manche le premier établissement balnéaire remonte à la Restauration; c'est à la mode, ou plutôt au puissant appui d'une personne de la famille royale, qu'on le doit. Depuis cette époque, il faut le reconnaître, la France n'a rien à envier à ses voisins. Trouville, Dieppe, Royan, Biarritz sont des rivales incomparables. Les excellents effets de l'air marin, dans le lymphatisme et la scrofule, chez tous les gens prédisposés à la tuberculose ont décidé la création de vastes et nombreux hôpitaux maritimes un peu partout.

La ville de Paris a fait construire l'hôpital de Berck-sur-Mer, qui comprend cinq cents lits. La moyenne du séjour est de 22 mois. A côté s'élève la construction hospitalière de la famille Rothschild pour les enfants scrofuleux des deux sexes appartenant plus spécialement à la religion Israélite. A Cette, Cannes, au Grau-du-Roy, se trouvent également des hôpitaux qui ne sont ouverts que trois mois de l'année.

Ainsi que le fait très justement remarquer M. Branche, c'est l'Italie qui possède le plus grand nombre d'hôpitaux maritimes, et cela bien avant que la France ait songé à cette création si utile. Le promoteur de ce mouvement chez nos voisins fut le Dr Barellai, qui fonda, en 1853, une maison maritime près de la Spezzia. Depuis lors, Bologne, Modène, Mantoue, Brescia, Venise en fondèrent d'autres de 1863 à 1871. Mais l'hôpital modèle est celui du Lido, à Venise, qui est permanent ; celui de Palerme, en Sicile, l'est également.

L'Angleterre possède aussi un hôpital fixe à Margate ; depuis 1880, l'Allemagne en a construit trois dont deux seulement fonctionnent à l'heure actuelle. Les Etats-Unis ont aussi leur hôpital maritime à Atlantic-City. Les Eaux minérales, en général, étaient en très grand honneur parmi les Romains. Un grand nombre des stations chlorurées sodiques actuelles portent des traces de leur passage. Bourbon-Lancy fut jadis très florissante. Balaruc était très fréquenté autrefois ainsi que l'atteste la piscine qu'on y a rencontrée. A la Motte (Dauphiné) on a trouvé des fondations d'édifices des monnaies qui témoignent d'un long séjour des Romains dans cette contrée. Il en est de même de Salins-Moutiers qui fut autrefois une cité assez importante.

Outre l'historique qui est long et intéressant, la thèse de M. Branche comprend trois parties : la première réservée aux études géologiques, la deuxième aux propriétés du chlorure de sodium en médecine, la troisième à ses usages thérapeutiques. Nous renvoyons le lecteur à cet excellent ouvrage trop vaste pour être analysé dans ses différents chapitres.

II. Les Eaux sulfurées sodiques sont-elles utiles dans la syphilis ? Tous les médecins qui ont exercé à Luchon sont d'accord sur ce point : la médication sulfureuse est un auxiliaire précieux de l'iode et du mercure. Toutefois, ainsi que fait très justement remarquer M. Ferras, sans mercure ni iode, les Eaux sulfurées seules sont incapables de guérir. Toutes les périodes de la syphilis sont justiciables des Eaux de Luchon. Lorsque le mercure détermine une très grande salivation, qu'il est mal toléré, quand l'iodure de potassium occasionne de la gastralgie, de l'inappétence, une cure à Luchon remédie à ces inconvénients. Un grand nombre de faits rapportés par M. Ferras et d'autres observateurs consciencieux (Delavarennes, Lanbrom), ne laissent persister aucun doute à ce sujet. Mais lorsqu'un vieux syphilitique veut contracter mariage, elle est tout à fait indispensable ; car si à l'époque tardive de la syphilis l'hérédité paternelle est assez rare, on ne peut révoquer en doute la part fâcheuse que prend un père mal guéri dans une reproduction chétive de l'espèce. C'est, dans ce cas, une pierre de touche sûre qu'il est bon de ne pas négliger.

J. CORNILLON.

THÉRAPEUTIQUE

De l'iodoforme en médecine et en chirurgie.

(*Fin*) (1).

En dehors des affections dont le tubercule est la caractéristique, l'iodoforme seul, ou mieux associé au charbon médicinal, doit être considéré comme l'agent d'antiseptie intestinale le plus efficace. 100 gr. de charbon ou 50 centigr. d'iodoforme (Bouchard, Renaut, Landouzy), par jour, suffisent à désinfecter complètement le contenu de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

Le charbon convient d'autant mieux dans cette circonstance spéciale qu'il facilite l'exonération de l'intestin. Ce pouvoir eccoprotique du charbon est un fait constant, indéniable, j'en ai eu la preuve un trop grand nombre de fois pour ne pas être absolument affirmatif à cet égard. Aussi, je n'ai pas été médiocrement surpris en voyant dans

(1) Voir *Progrès médical*, n° 43.

© BIU Santé

une feuille médicale, il y a peu de temps, un cas d'obstruction intestinale attribuée à l'emploi du charbon, et ailleurs, la crainte de voir la constipation succéder à l'emploi du charbon dans la fièvre typhoïde. Peut-être y a-t-il lieu de chercher l'explication de ces faits contradictoires dans la préparation employée. Je prescris toujours, quant à moi, le charbon de Belloc, auquel des procédés de fabrication spéciaux confèrent des propriétés sensiblement différentes de celles du charbon ordinaire des pharmacies. Une autre interprétation est encore permise : on peut admettre que le charbon fait cesser la diarrhée en mettant arrêt aux fermentations anormales et à l'irritation sécrétoire qu'elles provoquent, et dont la diarrhée est l'expression. Mais alors, ce serait là un bénéfice de la médication et un signe de la puissance du charbon. Et il est évident qu'on pourra toujours obtenir les évacuations nécessaires par un purgatif administré à propos.

Récemment, on a signalé quelques accidents dus à l'emploi de grandes quantités d'iodoforme. Les symptômes les plus fréquents d'intolérance sont l'anorexie et une saveur particulière, âcre, amère, alliacée, qui prend naissance ou s'augmente quand la malade fait usage de couverts en argent (Dr Poncet, in *Lyon médical*). Mais ce ne sont là que des désagréments. Peut-être, cette particularité pourrait-elle être mise à profit pour déceler le passage de l'iodoforme dans l'haleine ou dans les secrétions.

Des accidents plus sérieux ont aussi été décrits et, fait bien remarquable, c'est par des phénomènes cérébraux que se traduit l'intoxication (Dr Tirion et C. Cutler, in *the Boston med. and surg. journ.*).

On a décrit une variété méningitique, fréquente surtout chez les enfants, et une forme délirante plus spéciale aux adultes. Il est vrai que pour y donner lieu, il faut user d'iodoforme à outrance, pousser des injections contenant 10 et 15 grammes, tandis que dans les injections pratiquées suivant la méthode du professeur Verneuil, pour la cure des abcès froids, on enferme d'un coup dans la poche pyogénique 3 ou 4 grammes d'iodoforme en solution éthérée, à 5 ou 10 0/0, suivant la grandeur de la cavité, et on recommence deux et trois fois l'injection à des intervalles de temps variables de huit jours à un mois ; à cette dose, aucun accident n'a été signalé que l'on puisse imputer à l'absorption générale du médicament.

Quant au procédé opératoire, « l'évacuation du pus se fait généralement avec l'aiguille n° 3 de l'appareil Dieulafoy ; la ponction et l'évacuation achevées, on vide la seringue du liquide purulent extrait, on la remplit d'éther iodoformé qu'on pousse lentement dans la cavité de l'abcès. On bouche ensuite l'orifice d'entrée de la canule avec de la baudruche et le collodion. A la suite de chaque injection, la cavité diminue progressivement et le recollement des parois se fait d'une manière très sensible d'une injection à l'autre. Peut-être serait-il mieux de combiner le grattage à la curette avec l'injection iodoformée. »

Par cette voie, la dose entière d'iodoforme ne peut manquer d'être absorbée ; on voit ainsi qu'il faudrait de la bonne volonté pour s'intoxiquer avec ce médicament.

En dehors de la question de quantité, on a fait intervenir, pour expliquer certaines intoxications, des falsifications de l'iodoforme, et notamment celle par l'acide picrique. Cette adultération mérite d'être signalée, attendu que l'acide picrique est toxique, et exerce, en particulier, une action nocive sur les organes digestifs, tandis que l'iodoforme pur n'irrite pas les organes digestifs (Trousseau-Bouchardat).

Enfin, on a dit que l'iodoforme, même pur, subissait à la longue, sous l'influence de l'air et de la lumière, des modifications et même une décomposition.

Nous savons, en effet, qu'une solution éthérée d'iodoforme exposée à l'action de la lumière, prend une teinte brune, plus ou moins foncée, que l'on attribue à la mise en liberté d'une certaine quantité de l'iode. Mais nous savons aussi que cette solution éthérée, enfermée dans des capsules gélatineuses, avant qu'elle n'ait subi cette influence de la lumière et de l'air, se conserve sans altération, et que la solution iodoformée garde indéfiniment sa belle teinte orangée. Nous avons sous les yeux un flacon de ces perles ou capsules qui est sur notre table depuis six mois environ, et nous n'avons observé aucune variation dans la coloration. Il y a donc avantage à prescrire l'Iodoforme en sa solution éthérée sous enveloppe transparente, puisque, en plus de la commodité de l'administration, de la suppression de l'odeur, etc., c'est un moyen de contrôler sa pureté, tout au moins, de s'assurer que l'Iode n'a pas été réduit. C'est là un point de grande importance, car nous ne saurions admettre que l'iodoforme agisse simplement, en tant que composé iodique, et à cause de la grande proportion d'iode qu'il renferme. L'action physiologique n'est pas la même. L'iodoforme n'amène aucune excitation nerveuse et peut être donné libéralement dans les états fébriles. C'est même là son avantage en tant que médicament dans la phthisie. On ne saurait en dire autant ni de l'iode, ni des iodures. En réalité, l'iodoforme est un composé qui participe des combinaisons organiques ; il est permis de penser que son action physiologique est sensiblement différente de celle des corps ou composés inorganiques.

Dr A.

CORRESPONDANCE

A propos de la Loi sur l'exercice de la pharmacie.

Nous recevons la lettre suivante (1) :

Paris, 18 octobre 1886.

Monsieur le rédacteur en chef,

Ce n'est pas aux deux lettres de M. Boisseuil, insérées dans les numéros du 28 août et du 16 octobre de votre estimable journal que je viens répondre. . . . . .

Mais quant à la proposition adoptée par le Syndicat médical de Challans (Vendée), il suffit pour la réduire à néant d'en retourner les termes.

Que dirait-on, en effet, d'un Syndicat pharmaceutique qui « se prononcerait contre le monopole de la médecine, et pour « le libre exercice de la médecine par le pharmacien. »

Pour moi et tous mes collègues, la solution de la question est la suivante : libre exercice de la médecine par le médecin et de la pharmacie par le pharmacien, sous la garantie des diplômes, dont l'obtention est, à mon humble avis, aussi difficile dans l'une que dans l'autre profession.

Je compte, M. le rédacteur en chef, sur votre impartialité pour l'insertion de cette lettre et vous prie d'agréer mes civilités empressées.

E. André,
Interne en pharmacie des hôpitaux.

VARIA

Assistance publique : Nomination du secrétaire général.

Nous avons annoncé il y a quelque temps la mise à la retraite du secrétaire général, M. Brelet. Nous apprenons avec plaisir que M. Barbier chef du bureau des hôpitaux et hospices, vient d'être nommé secrétaire général par arrêté de M. le Préfet de la Seine, sur la proposition de M. Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique. Nous ne pouvons que féliciter et M. le Préfet et M. le Directeur d'avoir choisi, pour ce poste important, un homme très au courant des choses de l'Assistance publique en même temps que républicain de vieille date. Nous ne saurions trop engager le nouveau secrétaire général à faire dresser avec le plus grand soin l'état exact des documents et des dossiers du secrétariat général. Nous croyons devoir aussi appeler son attention sur l'emploi qui a été fait dans ces dernières années des crédits affectés aux travaux d'entretien des hospices et hôpitaux de Paris.

Condamnation d'un étudiant en médecine pour transport de débris humains hors d'un amphithéâtre d'anatomie.

Des débris humains ayant été aperçus dans un terrain vague contigu à une maison de santé, un inspecteur de police se trans-

(1) Nous publions cette lettre pour ne pas manquer à nos promesses. Il n'y a qu'une solution à la question : *Liberté absolue de l'exercice de la médecine et de la pharmacie.*

© BIU Santé

porta chez le directeur de l'établissement, docteur en médecine. Celui-ci lui présenta quelques ossements et un bocal contenant des débris humains ; une main disséquée, l'articulation d'une épaule et celle d'un coude. Il expliqua que trois semaines auparavant il avait recueilli ces restes dans le terrain vague voisin, où ils avaient été déposés par un étudiant en médecine employé chez lui. Cet étudiant, sur le point de passer un examen, avait dérobé certaines pièces anatomiques, préparées à l'amphithéâtre de l'École, pour travailler le soir dans sa chambre, et, le lendemain, pour s'en débarrasser, il n'avait rien trouvé de mieux que de les jeter à la voirie.

En les enlevant, le directeur avait voulu simplement les conserver pour les représenter, le cas échéant, à la police, et surtout éviter que le public ne se livrât à des hypothèse malveillantes pour l'établissement.

Le docteur et l'étudiant en médecine furent cités devant le tribunal de simple police : le premier pour avoir « toléré dans la maison de santé qu'il dirige le dépôt de restes humains et des opérations pratiquées sur des débris humatns ; le second, pour avoir transporté des portions de cadavre en dehors des amphithéâtres d'anatomie et pratiqué des opérations dans une maison de santé où il ne peut exister d'amphithéâtre ».

D'après la citation, ces faits constituaient des infractions aux articles 2 et 11 de l'ordonnance de police du 25 novembre 1834.

Après débats, le juge de simple police vient de renvoyer le docteur des fins de la plainte :

Attendu que l'instruction et les débats n'établissent nullement que, dans la maison de santé du docteur, des opérations aient été pratiquées sur des débris humains.

Attendu que, dans le seul but de les soustraire à la curiosité publique et de les représenter à la justice, le docteur a recueilli une main disséquée et l'articulation d'une épaule, ossements jetés dans un terrain vague contigu à la maison de santé.

Que ce dépôt, quelque excusable et justifié qu'il paraisse, pourrait constituer une contravention s'il était défendu ; mais que l'ordonnance précitée ne vise ni directement ni indirectement l'espèce soumise au tribunal...

Quant à l'étudiant en médecine, il est également renvoyé des fins de la plainte en ce qui concerne « les opérations pratiquées dans une maison de santé », ce fait n'ayant été « nullement établi » ; mais il est condamné à 5 fr. d'amende pour avoir — ce qui est constant — emporté d'un amphithéâtre d'anatomie des portions de cadavre et des débris humains. (*Semaine médicale*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Année scolaire 1886-1887).

Cours d'hiver.

Les Cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre 1886.

Physique médicale : M. N.... — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Grand Amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Peter. — Maladies de l'appareil digestif. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie : M. N.... — Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Chimie médicale : M. Gautier. — Chimie organique. — Fonctions organiques. — Corps aromatiques. — Alcaloïdes naturels. Jeudi, samedi, à midi (Grand Amphithéâtre). — Chimie biologique. — Production et transformations des matières organiques chez les êtres vivants. Mardi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. Lannelongue. — Maladies chirurgicales du cou, de la poitrine et du rachis. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Opérations et Appareils : M. Duplay. — Traitement des maladies chirurgicales de la tête et du cou. — Opérations qui se pratiquent sur le crâne, sur la face et sur le cou. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie : M. Mathias Duval. — Anatomie générale du système nerveux : Eléments nerveux, histologie des nerfs et des centres nerveux, terminaisons nerveuses périphériques; organes des sens spéciaux, etc. — Anatomie générale du système musculaire à fibres striées et du système à fibres lisses. — Anatomie générale des systèmes osseux et cartilagineux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. Cornil. — Leçons anatomiques des organes de la respiration (larynx, trachée, bronches, poumons, plèvre). — Du tube digestif (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins). — Des glandes annexes (foie, rate, et des organes génito-urinaires). Mercredi, vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre). Lundi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). — Autopsies (voir l'affiche spéciale). (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu).

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies parasitaires. — Bibliographie et biographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Médecine légale. — Conférences de Médecine légale : M. Brouardel. — Grossesse. — Avortement. — Attentat à la pudeur. — Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre) ; à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, lundi et mercredi, à 9 heures 1/4.
— M. Potain, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. N..., à l'hôpital Necker, lundi et vendredi, à 10 heures.
— M. Jaccoud, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. heures 1/2.

Cliniques chirurgicales : M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. Verneuil, à la Pitié, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. Trélat, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. Le Fort, à l'hôpital Necker, mardi et jeudi, à 10 heures.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, dimanche et jeudi, à 10 heures.

Clinique des maladies des enfants : M. Grancher, à l'Hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 10 heures.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'Hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 heures.

Clinique des maladies du système nerveux : M. Charcot, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 10 heures.

Clinique d'accouchements : M. Pajot, à la Clinique de la Faculté, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

Visite des malades tous les matins.

Conformément au décret du 30 juillet 1886, des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires ontété organisées par le conseil de la Faculté dans sa première réunion du jeudi 4 novembre 1886. — Une affiche supplémentaire fera connaître la nature de ces conférences et le nom des agrégés qui en seront chargés.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, chef des Travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurset les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les centres nerveux. — Les organes des sens.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des Travaux. — Exercices pratiques : Zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h.

Chimie médicale : M. Hanriot, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2.

Physique médicale : M. Guebhard, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des Travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à 2 heures, laboratoire d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Histologie : M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie. — Mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin). — (Des affiches spéciales annonceront les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques).

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

© BIU Santé

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 heures et demie à 10 heures.

Actes de la Faculté de Médecine.

Mercredi 3. — 1er *de Doctorat*. MM. Regnauld, Desplats, Blanchard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 2e *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Reclus. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Charcot, Potain, Rendu.

Jeudi 4. — Médec. opérat. (Épreuve pratique) : MM. Panas, Farabeuf, Richelot. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Grancher, Mathias-Duval, Humbert. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Ball, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Brouardel, Jaccoud, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Hanot.

Vendredi 5. — 1er *de Doctorat* (*Fin d'année*) : MM. Desplats, Guebhard, Villejean — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Lannelongue, Segond. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

Samedi 6. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Laboulbène, Ribemont-Dessaignes. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Peter, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) 1re *Série* : MM. Pajot, Richet, Campenon; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Panas, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Ball, Cornil, Debove. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Jaccoud, Grancher, Troisier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 4. — M. Thévard. De l'influence des transformations agricoles de la Sologne sur la diminution des fièvres intermittentes et l'amélioration de la race. — M. Ballue. Du nouveau traitement des fractures transversales de la rotule par la greffe de M. le professeur Duplay. — *Vendredi* 5. — M. Bérard. Étude sur la ligature de l'artère fémorale. — M. Viéla. Considérations sur les oreillons examinés principalement au point de vue de la fièvre.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr GAY.

Samedi dernier a eu lieu l'enterrement civil du Dr Gay, enlevé en quelques jours à l'âge de 38 ans, d'une pneumonie du sommet. La Faculté était représentée par son doyen et MM. les agrégés Straus et Villejean ; le Pr Damaschino, dont les soins éclairés n'ont pu juguler la maladie, avait tenu à accompagner le malheureux Gay jusqu'à la gare de Lyon, où, suivant l'usage, les derniers adieux lui ont été dits au milieu du scandaleux brouhaha des colis qu'on véhicule. Gay, on peut le dire, est une victime de l'organisation vicieuse de l'enseignement qui a permis à M. Gavarret de rester dans une chaire où il ne professait plus depuis dix ans ; — qui fait que les agrégés n'ont pas été tour à tour appelés à suppléer le professeur ; — qui fait que Gay, qui aurait pu être chargé des travaux pratiques, comme compensation, quand il eût fini son temps d'agrégation, fut brusquement jeté sur le pavé avec son indemnité insuffisante de l'hôpital Laënnec. La misère et les privations permirent à la maladie d'avoir bientôt raison de son vigoureux tempérament.

M. BOUIS.

M. Bouis, professeur de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, qu'une mort prématurée enlève à la science, était un chimiste consommé et sera, nous dit-on, difficilement remplacé à l'École supérieure de pharmacie. Né à Perpignan en 1822, il commença ses études dans l'officine de son père, pharmacien dans cette ville, fut reçu bachelier ès sciences mathématiques, ce qui était une chose importante à cette époque, et vint à Paris où il commença ses premières recherches dans le laboratoire de Dumas. Sa thèse de doctorat ès sciences fut d'un maître. Elle portait sur un alcool nouveau, l'*alcool caprylique*, découvert par Bouis en 1851 en distillant l'huile de ricin avec la potasse caustique. La découverte d'un alcool à cette époque avait, en chimie organique, comme le disait Dumas, l'importance de la découverte d'un métal en chimie minérale. Aussi cette découverte, jointe à la science apportée par Bouis dans l'étude des dérivés de cet alcool l'ont placé du premier coup au rang des premiers chimistes. Ses recherches ultérieures n'ont pas démenti la réputation qu'il s'était acquise à cette époque. Préparateur de M. Péligot au Conservatoire, professeur d'analyse pendant de longues années à l'École centrale, essayeur à la Monnaie, M. Bouis, que ses travaux de *toxicologie* avait appelé à la chaire de l'École de pharmacie, fut un professeur savant et éclairé dans son enseignement où il apportait toute son érudition. Il en a donné du reste des preuves dans le *Manuel de médecine légale* de Briand et Chaudé où il se chargea, après Gaultier de Claubry, de la partie toxicologique. Ces travaux sur les eaux minérales, l'analyse du gaz, etc., le désignait à l'Académie de médecine dans la section de physique et de chimie où il fut nommé en 1876. Comme homme, Bouis, par l'aménité de son caractère, n'a laissé que d'excellents souvenirs parmi ses collègues, ainsi qu'en ont témoigné M. Schutzemberger, parlant sur sa tombe au nom de l'Académie de médecine, et M. Riche, au nom de l'École de pharmacie. C'était un homme foncièrement honnête, bienveillant avec les élèves, apportant toujours la conciliation parmi ses collègues ; il laisse des regrets unanimes.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 17 octobre 1886 au samedi 23 oct. 1886, les naissances ont été au nombre de 1074 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 364 ; illégitimes, 152. Total, 523. — *Sexe féminin* : légitimes, 417; illégitimes, 134. Total, 551.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 oct. 1886 au samedi 23 oct. 1886, les décès ont été au nombre de 941, savoir : 504 hommes et 437 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde: M. 10, F. 11, T. 21 Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F 9, T. 11. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 7, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 14 F. 11, T. 25. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 0, F. 1, T. 1. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 12, F. 18, T. 30. — Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 92, T. 215. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 7, T. 19. — Autres affections générales : M. 31, F. 37, T. 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 14, F. 30, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 23. T. 34. — Pneumonie : M. 24, F. 13, T. 37. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 8, T. 20. — Athrepsie : M. 59, F. 54, T. 113. — Autres maladies des divers appareils : M. 149, F. 113, T. 252. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 18, F. 6, T. 24. — Causes non classées : M. 7, F. 3, T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 80 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 6. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 12. Total : 34.

Concours d'externat des Hôpitaux de Paris. — Les questions suivantes ont été posées à l'épreuve orale d'anatomie : *Artères de la main ; Extrémité supérieure du fémur ; Muscle diaphragme*. La question orale de pathologie (session des volontaires) a été : *Examen clinique des urines*.

Concours pour 1887. — Poursuivant l'extension de ses publications populaires, la Société française d'Hygiène met au concours, pour l'année 1887, la question suivante. *De la sédentarité dans les écoles* (primaires et secondaires) *et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur spécial*. La première partie exposera les faits et observations qui établissent la situation ; la deuxième indiquera ses inconvénients et les modifications à apporter, s'il y a lieu, au point de vue de l'hygiène de la jeunesse. Comme pour les concours antérieurs de la première et de la deuxième enfance, les mémoires ne devront pas dépasser les limites d'une brochure in-18 de 32 à 36 pages. La Société décernera aux lauréats : 1° Une médaille d'or de la valeur de 500 fr. ; 2° Deux médailles d'argent, chacune de la valeur de 150 francs. *N.-B.* — Les mémoires (écrits en français, anglais, allemand, espagnol, italien) devront être remis, dans les formes académiques ordinaires, au siège de la Société (30, rue du Dragon) avant le 1er avril 1887.

Concours Vulfranc-Gerdy. — Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours, ouvert chaque année devant l'Académie de Médecine. L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au sécrétariat de l'Académie de Médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1886. (Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc-Gerdy est déposé

© BIU Santé

dans toutes les Facultés et Ecoles de Médecine et de Pharmacie.) Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1887. Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque candidat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'histologie.* — M. MATHIAS-DUVAL commencera son cours le samedi 6 novembre à cinq heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudi et samedi suivants à la même heure.

Objet du cours : *le système nerveux, le système musculaire, le système osseux.*

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE WASHINGTON 1887. — D'après les nouvelles reçues de Chicago, le succès du congrès international ne fait plus de doutes pour personne. — Les plus éminents médecins d'Europe ont promis d'aller à Washington en 1887, et beaucoup sont inscrits pour des communications originales. Nos confrères des Etats-Unis d'Amérique nous prient d'être leur interprète auprès des médecins français et de les assurer d'avance d'une cordiale et large hospitalité. Ils nous prient également de faire savoir que le voyage par lui-même sera *fort instructif et très agréable*, et que tous les efforts sont faits en ce moment pour obtenir des compagnies de chemins de fer, des steamers, des hôtels, etc., les plus grandes réductions de prix possibles. (*Gazette de Gynécologie*).

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. FAUCHÉ (Antoine-Léon-Henri), bachelier ès lettres, est nommé préparateur de pharmacie à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Chateteau, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. COTTON, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de chimie générale à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

ECOLE NORMALE SUPÉRIEURE. — M. DUHEM (Pierre-Maurice-Marie), ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé de physique, est nommé préparateur de physique à ladite École, en remplacement de M. Pionchon, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Les professeurs et chargés de cours pourvus du grade de docteur ou de pharmacien de première classe de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont sont convoqués le dimanche 7 novembre 1886 à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Clermont, en remplacement de M. Nivet, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, professeur de toxicologie et physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole. — M. JACQUEMIN, ancien directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé directeur honoraire de ladite Ecole.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — M. DUREAU (Alexis-Antoine-Emmanuel), bibliothécaire-adjoint à l'Académie de médecine, est nommé bibliothécaire à ladite Académie, en remplacement de M. Briau, décédé.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales.* — Le Dr MAGNAN reprendra, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques le dimanche 14 novembre 1886, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Après des considérations générales sur les diverses formes de la folie, les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur la manie et la mélancolie. Les élèves et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis sur la présentation de leur carte.

EXPOSITIONS MÉDICALES. — Une exposition générale et internationale de la santé et de tout ce qui s'y rattache, doit s'ouvrir à Lyon, le 15 décembre 1886, pour clore le 7 février 1887.

HOPITAUX ET HOSPICES DE BORDEAUX. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'externat s'est terminé le 19 courant. Voici dans quel ordre ont été classés les candidats : 1 Dumur — 2 Barret de Nazarit — 3 Baudet — 4 Courtey — 5 Lacaze — 6 Estradère — 7 Gauja — 8 De Sardac — 9 Boursiac — 10 Durand — 11 Dubarry — 12 Carrière — 13 Lamacq — 14 Gombaud — 15 Sternberg — 16 Cheminade — 17 Chastenet — 18 Réjou — 19 Laguens — 20 Lassime — 21 Maurin — 22 Cassagnau.

Voici les questions sorties de l'urne : 1° Muscles de la partie antérieure de la jambe. — Articulation tibio-tarsienne ; 2° Fémur. Signes et diagnostic des fractures en général.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi 8 novembre 1886, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les deux années de pratique comme docteur ne seront pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur. — *Epreuves du concours* : 1° Question d'anatomie et question de physiologie ; 2° Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte ; 3° Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes, choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux, à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation, à huis-clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury. Les candidats auront cinq heures pour traiter par écrit la question de pathologie, à huis-clos et sans livres. L'examen clinique des trois malades ne durera pas plus de trois quarts-d'heure. A la fin du concours, la Commission administrative délibèrera sur le rapport du jury d'examen et procèdera, s'il y a lieu, à la nomination du médecin-adjoint. Les médecins-adjoints forment, avec les chirurgiens-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils sont appelés en cas de vacances, à remplir les fonctions de médecin, chef de service, et à leur succéder, suivant les conditions du règlement sur le service de santé. Les candidats prendront connaissance dans les bureaux du secrétariat général, à l'Hôtel-Dieu, de la délibération de la commission administrative du 3 juillet 1869, et du règlement des hôpitaux. Ils signeront l'engagement d'observer toutes les dispositions actuelles et toutes autres que l'administration pourrait adopter plus tard pour le bien du service. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, et pendant cette huitaine l'entrée des hôpitaux leur sera rigoureusement interdite. Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence ; 4° les internes des villes où siègent les Facultés, devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite, délivré par les directeurs des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BREVARD (de Lyon). — M. le Dr CUVELIER (de Saint-Omer). — M. le Dr MOREL (de Rouques). — M. le Dr NIER (de Privas). — M. le Dr POTTEREAU (de Chateauroux). — M. le Dr PINEL, décédé à Montélimart. — M. le Dr LEQUIME, mort à Bruxelles, à 84 ans. Il était membre de l'Académie de médecine de Belgique et professeur honoraire de clinique médicale à l'Université de Bruxelles. Il avait été chef de service à l'hôpital Saint-Jean. Collaborateur des *Archives médicales belges* et de la *Belgique médicale*, il contribua beaucoup aux progrès de la médecine dans son pays ; il fut attaché aussi à l'*Encyclographie des sciences médicales*. On lui doit plusieurs travaux sur le choléra ; c'était un praticien des plus distingués de Bruxelles. — M. le Dr DYCE DAVIDSON, professeur de matière médicale à l'Université d'Aberdeen.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Consultation externe. Médecine* : MM. le Dr CHARCOT, le mardi à 9 heures 1/2 ; le Dr JOFFROY, le mercredi à 9 heures 1/2 ; le Dr FALRET, le lundi à 9 heures 1/2 ; le Dr VOISIN (Auguste), le vendredi à 9 heures 1/2 ; le Dr VOISIN (Jules), le samedi à 9 heures 1/2. — *Chirurgie* : M. le Dr TERRILLON, le jeudi à 9 heures 1/2. *Nota.* — La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Mardi, jeudi et samedi, de midi à 2 heures, Electrothérapie.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 45. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 NOVEMBRE 1886.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les décrets du 30 juillet et les agrégés des Facultés de médecine.

Nous avons publié, dans notre numéro du 7 août dernier (page 667) deux décrets rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et réglant de la façon la plus antilibérale la situation des agrégés des Facultés de médecine et de droit et des Ecoles supérieures de pharmacie. Nous n'avons fait suivre cette publication d'aucun commentaire, espérant que les Facultés comprendraient quel coup fatal venait de leur être porté et protesteraient avec la plus vive énergie. Notre attente a été trompée : l'affiche annonçant l'ordre et la matière des cours qui seront professés à la Faculté de médecine de Paris pendant le semestre d'hiver vient d'être apposée sur les murs ; elle porte en elle la consécration des iniquités commises et nous donne la preuve de la funeste indifférence avec laquelle ont été accueillis les décrets.

En vérité, le tour a été joué avec une habileté rare. Les décrets ont paru au *Journal officiel* à une date où les Facultés entraient en vacances et où les membres du corps enseignant se dispersaient en tous sens : il devenait impossible que les Conseils de Facultés se réunissent, soit sur convocation spontanée des doyens, soit sur la demande du tiers au moins des membres. D'autre part, la rentrée officielle des Facultés ayant lieu le 1er novembre, le Conseil ne pouvait se réunir valablement qu'à partir de cette date; or, l'affiche doit être placardée quelque temps avant la rentrée et elle doit être conforme à la lettre des règlements ou décrets en vigueur. La date à laquelle a eu lieu la promulgation des décrets a donc été fort habilement choisie ,on n'était pas sans s'attendre à de vives protestations et les choses ont été disposées avec un art si parfait, que celles-ci sont devenues impossibles.

Au point de vue strictement réglementaire, l'attitude des Facultés est des plus correctes ; au point de vue de l'intérêt scientifique, leur indifférence absolue nous semble être des plus regrettables. Eh ! qu'importe que le Conseil de la Faculté soit ou non en vacances, qu'il puisse ou non siéger valablement ! Il est des cas où il faut savoir faire preuve d'énergie et de solidarité. On supprime presque la moitié du traitement, déjà trop maigre, que reçoivent les agrégés ; qui donc devait s'instituer leurs défenseurs, si ce n'est les professeurs, qui jouissent de l'influence et de la considération acquises par l'âge et la haute situation scientifique ?

On se rappelle en quoi consistent les décrets du 30 juillet. Pour les bien apprécier, nous aurons surtout en vue la Faculté de médecine de Paris, non que les Facultés de province nous soient indifférentes, mais parce que leur organisation intérieure nous est moins complètement connue.

Jusqu'à la date des décrets, les agrégés en exercice recevaient un traitement de 4,000 fr., soumis à une retenue de 5 pour 100 ; moyennant cette somme, ils devaient prendre part aux examens. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer ici que, pour des fonctions absolument identiques, les agrégés de la Faculté de droit avaient un traitement de 7,000 fr., sans que rien pût justifier une semblable différence.

A côté du cours magistral, fait par le professeur, les agrégés pouvaient être en outre chargés d'un *cours complémentaire*, pour lequel leur était allouée une indemnité de 2,000 fr. ou de 3,000 fr. soumise à la retenue, suivant que ce cours durait un ou deux semestres ; pour une semblable participation à l'enseignement, les agrégés de droit recevaient 5,000 fr.

Dans les années où ils faisaient un cours, les agrégés de médecine avaient donc un traitement total de 6,000 ou de 7,000 fr., et ceux de droit un traitement total de 12,000 fr. Nous répétons que rien n'a jamais pu justifier cette inégalité choquante.

Par suite des décrets du 30 juillet, le traitement des agrégés en exercice reste fixé à 4,000 fr., pour l'ordre des sciences médicales. Les cours complémentaires ou auxiliaires disparaissent et sont remplacés par des conférences ; le nombre des agrégés chargés chaque année de conférences ne peut être inférieur au tiers ni supérieur à la moitié du nombre des chaires de la Faculté. Ces conférences ne sont pas rétribuées.

On voit en quoi consiste la désastreuse innovation : elle supprime purement et simplement l'indemnité que touchaient les agrégés, lorsqu'ils faisaient un cours ; elle supprime tout un enseignement fait avec un zèle infatigable, par des hommes jeunes et ardents, qui avaient soif de faire apprécier leurs talents et dont les cours étaient suivis par un nombre considérable d'étudiants. Eh bien ! nous n'hésitons pas à déclarer que cette mesure draconienne va directement à l'encontre du but qu'un gouvernement républicain devrait poursuivre : elle tue dans l'œuf l'enseignement médical. A quelque point de vue qu'on l'envisage, la question est des plus graves.

Tout d'abord le côté budgétaire, — car c'est là, en apparence, la principale raison d'être des décrets. Dira-t-on que la patrie est en danger et que le sacrifice que l'on impose aux agrégés est nécessaire à son salut ? S'il en est ainsi, ce que nul n'oserait prétendre, pourquoi cette rigueur à l'égard d'une classe éminemment intéressante de fonctionnaires, alors que tant d'autres, qui rendent moins de services, continuent à recevoir de gros traitements ? Pourquoi veut-on faire aux agrégés de l'enseignement supérieur une situation très inférieure à celle des agrégés de l'enseignement secondaire, inférieure aussi à celle des professeurs de lycée non agrégés ? Pourquoi, encore, avoir deux poids et deux mesures et ne payer les agrégés de médecine que

© BIU Santé

4,000 fr., alors qu'on donne 7,000 fr. aux agrégés de droit ? Cela est tout à la fois une inconséquence et une injustice.

On ne manquera pas de dire que les agrégés de médecine trouvent en dehors de la Faculté des ressources considérables ; que leur titre d'agrégé leur apporte une clientèle riche et payant sans compter. L'argument est spécieux, car tous les agrégés ne sont pas grands seigneurs et il est parmi eux toute une catégorie qui n'a jamais demandé à la clientèle médicale les moyens de mener une vie facile et luxueuse. Nous voulons parler des agrégés des sciences appliquées à la médecine (physique, chimie, pharmacologie, histoire naturelle) : pour eux, l'agrégation n'est pas un moyen, mais un but ; ils ne profitent pas de leurs attaches avec la Faculté pour pratiquer dans la clientèle riche, mais négligent volontairement une source probable de revenus pour se consacrer tout entiers à la science, à laquelle ils vouent leur existence entière. A ceux-là plus qu'à tout autre, les décrets du 30 juillet portent un coup fatal : c'est les arrêter dans leur essor, les contraindre à interrompre les travaux qu'ils poursuivaient et les forcer à chercher en dehors de la Faculté les moyens d'existence que celle-ci leur refuse. Nous le demandons, qui donc en souffrira, si ce n'est l'enseignement, si ce n'est le pays tout entier, si ce n'est l'honneur de la science française (1) ?

Voilà le triste résultat auquel on est conduit. Tout cela, dans l'unique but de réaliser une économie de moins de 25,000 fr. M. le ministre nous semble assumer d'un cœur léger une responsabilité bien lourde.

L'enseignement sera-t-il du moins modifié d'une façon si heureuse que la mesure puisse être justifiée ? Il est incontestable que la création des cours complémentaires et auxiliaires avait réalisé un progrès considérable. A côté de l'enseignement magistral du professeur, n'abordant dans ses leçons qu'un point restreint de la science, les élèves trouvaient dans le cours de l'agrégé le complément indispensable, qui les préparait à l'examen en même temps qu'il les mettait au courant des dernières acquisitions de la science. Ce cours, fait avec un soin extrême, avait toujours un grand et légitime succès. Quiconque a fréquenté un peu notre Faculté de médecine sera forcé de reconnaître que les étudiants se portaient en foule aux cours des agrégés. . . . . .

L'étudiant est assurément le meilleur juge de la valeur d'un enseignement : si parfois il déserte l'école, c'est que le cours n'est pas assez à sa portée ; s'il la fréquente assidûment, c'est qu'on ne néglige rien pour lui donner l'enseignement qui lui convient. Il faut croire que ce résultat était précisément acquis par les agrégés, si on en juge par les centaines d'auditeurs qui se pressaient à leurs leçons.

De tout cet état de choses, qui marchait à ravir et qui portait les meilleurs fruits, puisque le niveau des examens s'était notablement relevé, que restera-t-il désormais ? Rien, ou du moins pas grand'chose. Les agrégés feront des conférences. Il ne faut pas se faire à cet égard la moindre illusion : une conférence se fait en petit comité, sur un ton familier qui ne saurait convenir à un cours, même complémentaire. Il s'ensuit donc déjà, comme première conséquence, que les agrégés, ces professeurs de demain, seront moins à même d'exercer leur talent professoral.

D'autre part, l'enseignement donné dans une conférence est forcément plus simple, plus élémentaire, plus terre-à-terre que celui qui résulte d'un cours : au lieu d'initier les élèves aux questions nouvelles de la science, tout en leur donnant une solide instruction pratique, on les préparera désormais à leurs examens à peu près de la même façon que les « boites à bachot » préparent leurs candidats. En vérité ce sera grand'pitié. Les cours magistraux, dont quelques-uns ont beaucoup de peine à réunir quelques auditeurs, n'y gagneront absolument rien ; les conférences des agrégés y perdront beaucoup. Résultat net : pour une mesquine économie, alors que d'autre part tout n'est que gaspillage, on refuse à la jeunesse studieuse le moyen de s'instruire. Si le ministre de l'instruction publique et ses collaborateurs se sont proposé d'abaisser l'enseignement supérieur en France, il faut avouer qu'ils ont bien réussi.

Voilà pourtant à quoi conduisent les décrets du 30 juillet. Nous nous étonnions au début que les Facultés elles-mêmes n'aient pas pris fait et cause pour défendre, non les intérêts des agrégés, mais leurs intérêts propres, car leur avenir est fortement compromis. Nous sommes tout aussi peinés de voir que deux doyens de Facultés de médecine, qui siègent au Conseil supérieur de l'instruction publique, n'ont pas élevé la voix pour s'opposer au vote du projet ministériel : la légitime autorité dont ils disposent aurait trouvé là une occasion exceptionnellement favorable pour s'exercer ; leur avis, sans aucun doute, eût été écouté et nous n'en serions pas réduit à l'heure présente à faire des remontrances qui probablement demeureront vaines... au moins pour le présent.

Nous n'espérons guère, en effet, que M. le ministre revienne sur la malencontreuse décision qu'on lui a fait prendre sans lui en montrer les conséquences. Si nos renseignements sont exacts (et ceci n'est pas une vaine formule, car nous les tenons de bonne source), M. le ministre aurait dit à une personne qui cherchait à lui faire comprendre le danger : « Que les agrégés démissionnent si cela leur convient ; nous nous passerons d'eux et nous ne manquerons pas de candidats pour les remplacer ! » Non, Monsieur le ministre, les agrégés ne démissionneront pas ; ce serait une honte pour la République si des hommes intelligents, laborieux, qui doivent leur situation à leurs travaux scientifiques, à des concours multipliés, étaient contraints à une telle extrémité.

On se plaignait depuis longtemps, et avec raison, de voir les fonctions des agrégés limitées à faire passer des examens et, à l'occasion, à remplacer les professeurs. Tous les étudiants, en présence des cours officiels, qui

(1) Ces avantages donnés par l'agrégation à une partie des agrégés au point de vue de la clientèle sont loin d'être aussi considérables qu'on se l'imagine ; la clientèle est très capricieuse et nous avons connu des agrégés, et des plus distingués, qui, sous ce rapport, étaient bien mal partagés. C'est à tort que l'État fait entrer en ligne de compte cet élément.

© BIU Santé

ne peuvent être faits, au point de vue de l'enseignement supérieur, qu'en plusieurs années, se demandaient pourquoi on ne confiait pas aux agrégés le soin de compléter l'enseignement des professeurs ; aussi tout le monde avait-il applaudi à l'institution des cours complémentaires. Le succès des cours qui ont eu lieu jusqu'à ce jour, nous le répétons à dessein, avait démontré l'utilité de cette excellente réforme. En exigeant plus de travail, plus d'initiative de ses agrégés, l'Etat avait un devoir : celui de rétribuer davantage les agrégés. Etudiants et agrégés tiraient profit de la nouvelle organisation. Nous ajouterons que la société toute entière en bénéficiait puisque les Facultés de médecine étaient mieux en mesure de lui fournir des médecins capables.

L'enseignement complémentaire étant fait par les agrégés et l'Etat, les payant convenablement et ayant le droit d'exiger d'eux des cours préparés avec soin, et complétant pour chaque année l'enseignement supérieur de chaque chaire, il en résultait que, en une année, les étudiants avaient parcouru l'enseignement complet de la pathologie interne, par exemple, et qu'ils étaient ainsi en mesure de profiter sérieusement de l'enseignement qui se donne dans les cliniques médicales. On arrivait ainsi en quelque sorte à posséder dans chaque Faculté, un enseignement professionnel marchant parallélement avec l'enseignement supérieur tel qu'il doit être fait dans une Faculté, et surtout dans la Faculté de médecine de Paris.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'espérons guère que M. le ministre, mieux informé, revienne sur la décision regrettable qu'on lui a fait adopter. Mais nous croyons que la commission du budget de la Chambre, sinon cette année, au moins à bref délai, rétablira l'ancien état de choses.

BOURNEVILLE.

Nos lecteurs verront, en parcourant quelques-unes des correspondances que nous publions plus loin que les décrets du 30 juillet ont causé dans les Facultés de province un émoi aussi vif qu'à la Faculté de Paris. Ils constateront que partout on fait valoir d'excellents arguments. L'inégalité de traitement qui existe entre les agrégés des Facultés de droit et les agrégés des Facultés de médecine est injustifiable. Que les uns ou les autres, sous une forme ou sous une autre, emploient leurs loisirs à des travaux rémunérateurs, personne n'a rien à y voir. Ce que les agrégés doivent à l'Etat, c'est de remplir scrupuleusement leurs devoirs et c'est tout.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Boursiers.* — Sont nommés boursiers près le Muséum d'histoire naturelle, pour jouir pendant l'année classique 1886-1887 des bourses ci-après désignées, les candidats dont les noms suivent : — *Bourses de licence* (1re année). MM. Caustier (E.), licencié ès sciences physiques ; — Clémençot (H.-A.), licencié ès sciences physiques ; — Wallet, licencié ès sciences physiques : — *Bourses de doctorat* (1re année). MM. Boule, licencié ès sciences physiques et naturelles ; — Douliot, licencié ès sciences physiques et naturelles ; — Goguel, licencié ès sciences physiques et naturelles ; — Ménégaux, licencié ès sciences physiques et naturelles ; — Meunier, licencié ès sciences naturelles ; — Wertheimer, licencié ès sciences naturelles. Une prolongation de bourse est accordée, pendant l'année classique 1886-1887, aux boursiers dont les noms suivent : — *Licence* (2e année). M. Cousier, licencié ès sciences physiques ; — *Doctorat* (1re année) M. Biétrix, licencié ès sciences naturelles ; — (2e année) MM. Abadie, licencié ès sciences naturelles ; — Bernard, licencié ès sciences physiques et naturelles ; — Colomb, licencié ès sciences mathématiques, physiques et naturelles ; — Danguy, licencié ès sciences naturelles ; — Depousargues, licencié ès sciences naturelles ; — Malard, licencié ès sciences naturelles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887).

Cours d'hiver.

Les Cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre 1886.

Physique médicale : M. N.... — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Grand Amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. PETER. — Maladies de l'appareil digestif. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie : M. N.... — Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Chimie médicale : M. GAUTIER. — Chimie organique. — Fonctions organiques. — Corps aromatiques. — Alcaloïdes naturels. Jeudi, samedi, à midi (Grand Amphithéâtre). — Chimie biologique. — Production et transformations des matières organiques chez les êtres vivants. Mardi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. LANNELONGUE. — Maladies chirurgicales du cou, de la poitrine et du rachis. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Opérations et Appareils : M. DUPLAY. — Traitement des maladies chirurgicales de la tête et du cou. — Opérations qui se pratiquent sur le crâne, sur la face et sur le cou. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie : M. Mathias DUVAL. — Anatomie générale du système nerveux : Eléments nerveux, histologie des nerfs et des centres nerveux, terminaisons nerveuses périphériques ; organes des sens spéciaux, etc. — Anatomie générale du système musculaire à fibres striées et du système à fibres lisses. — Anatomie générale des systèmes osseux et cartilagineux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. CORNIL. — Leçons anatomiques des organes de la respiration (larynx, trachée, bronches, poumons, plèvre). — Du tube digestif (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins). — Des glandes annexes (foie, rate, et des organes génito-urinaires). Mercredi, vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre). Lundi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). — Autopsies (voir l'affiche spéciale). (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu).

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. LABOULBÈNE. — Histoire des maladies parasitaires. — Bibliographie et biographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Médecine légale. — Conférences de Médecine légale : M. BROUARDEL. — Grossesse. — Avortement. — Attentat à la pudeur. — Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre) ; à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu, lundi et mercredi, à 9 heures 1/4.
— M. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. N..., à l'hôpital Necker, lundi et vendredi, à 10 heures.
— M. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. heures 1/2.

Cliniques chirurgicales : M. RICHET, à l'Hôtel-Dieu, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. VERNEUIL, à la Pitié, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. TRÉLAT, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. LE FORT, à l'hôpital Necker, mardi et jeudi, à 10 heures.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. BALL, à l'asile Sainte-Anne, dimanche et jeudi, à 10 heures.

Clinique des maladies des enfants : M. GRANCHER, à l'Hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 10 heures.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. FOURNIER, à l'Hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 heures.

Clinique des maladies du système nerveux : M. CHARCOT, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique ophthalmologique : M. PANAS, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 10 heures.

Clinique d'accouchements : M. PAJOT, à la Clinique de la Faculté, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

Visite des malades tous les matins.

Conformément au décret du 30 juillet 1886, des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires ont été organisées par le conseil de la Faculté dans sa première réunion du jeudi 4 novembre 1886. — Une affiche supplémentaire fera connaître la nature de ces conférences et le nom des agrégés qui en seront chargés.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. FARABEUF, agrégé, chef des Travaux anatomiques. —

© BIU Santé

Dissection. — Démonstrations par les prosecteurset les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les centres nerveux. — Les organes des sens.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des Travaux. — Exercices pratiques : Zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h.

Chimie médicale : M. Hanriot, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2.

Physique médicale : M. Guebhard, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de physique — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des Travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à 2 heures, laboratoire d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Histologie : M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie — Mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin). — (Des affiches spéciales annonceront les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques).

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 heures et demie à 10 heures.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Béclard (*physiologie*); — M. Damaschino (*pathologie médicale*) ; — M. Guyon (*pathologie chirurgicale*) ; — M. Regnauld (*pharmacologie*) ; — M. Proust (*hygiène*) ; — M. Vulpian (*pathologie expérimentale et comparée* ; — M. Baillon (*histoire naturelle médicale* ;— M. Hayem (*thérapeutique et matière médicale*); — M. Pajot (*accouchements*).

Agrégés en exercice.

1re Section.— *Sciences anatomiques et physiologiques* : MM. Ch. Richet, Reynier, Rémy (Auguste) et Quénu.

2e Section. — *Sciences physiques et naturelles. — Physique* : M. Guebhard. — *Chimie* : MM. Villejean. — *Pharmacologie* : M. Hanriot — M. Pouchet. — *Histoire naturelle* : M. Blanchard (Raphaël).

3e Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale* : MM. Straus ; — Debove ; — Rendu ; — Hallopeau ; — Landouzy ; — F. Raymond ; — Troisier ; — Joffroy ; — Hanot ; — Quinquaud ; — Hutinel ; — Robin (Alb.).

4e Section. — *Chirurgie et accouchements. — Chirurgie* : MM. Terrillon, Humbert, Richelot, Peyrot, Bouilly, Reclus, Kirmisson, Segond, Campenon.—*Accouchements*: MM. Pinard, Budin et Ribemont-Dessaignes.

Travaux pratiques et stage.

Les travaux pratiques, aux termes du décret du 20 juin 1878, sont *obligatoires* pour tous les élèves de 1re année, de 2e année, de 3e année et de 4e année. Ils sont également obligatoires pour les *officiers de santé*.

Les droits à payer sont ainsi fixés (Décret du 20 juin 1878, article 8) : Elèves de 1re année, 60 fr. — Elèves de 2e année, 40 fr. — Elèves de 3e année, 40 fr. — Elèves de 4e année, 20 fr.

Les travaux pratiques sont facultatifs pour les élèves qui ont 16 inscriptions. Le décret du 14 octobre 1879 détermine les conditions que ces élèves ont à remplir pour pouvoir prendre part à ces travaux. Ce décret porte : « Art. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le Doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le paiement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire déterminé par le décret du 31 décembre 1864, pour les frais matériels des exercices facultatifs; ce droit est payable en un seul terme. » Conformément aux dispositions qui précèdent, les étudiants qui possèdent actuellement 16 inscriptions et qui désirent prendre part aux travaux pratiques doivent adresser au Doyen une demande qu'ils déposeront au secrétariat de la Faculté. Dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire, ils devront verser à la caisse du préposé aux droits universitaires la somme de 40 fr., stipulée plus haut, plus 0 fr. 25 pour le timbre de la quittance. Il leur sera délivré : 1° une quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits ; — 2° une carte d'admission aux exercices pratiques.

Les docteurs français et les étrangers qui désireraient être admis à prendre part aux travaux pratiques devront remplir les mêmes formalités que celles qui sont imposées aux étudiants ayant 16 inscriptions.

Les aspirants à l'*Officiat* sont assimilés aux étudiants pour le doctorat. Les travaux pratiques sont obligatoires.

Les travaux pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont *obligatoires* pour les élèves des 4 années d'études et *nul ne peut prendre d'inscription trimestrielle* s'il ne produit un *certificat d'assiduité* délivré par le chef des travaux. — Voici, pour chaque année, les exercices (travaux pratiques et stage) que les étudiants (docteurs ou officiers de santé) sont obligés de suivre :

Première année. — Manipulations de physique et de chimie ; exercices d'histoire naturelle.

Deuxième année. — Exercices de dissection et démonstrations d'histologie et de physiologie.

Troisième année. — Comme en seconde année.

Quatrième année. — Exercices de médecine opératoire et d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année. En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été. En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels ; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

Le stage hospitalier imposé commence en novembre, à partir de la neuvième inscription ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Chaque année de stage, déduction faite des deux mois de vacances, est de dix mois de service dans un hôpital. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

Premier trimestre : Novembre et décembre, 56 jours.

Deuxième trimestre : Janvier, février et mars, 86 jours.

Troisième trimestre : Avril, mai et juin, 86 jours.

Quatrième trimestre : Juillet et octobre, 56 jours.

Les inscriptions pour le stage sont reçues à l'administration générale de l'Assistance publique, sur le vu d'un certificat de scolarité délivré par la Faculté, ou encore sur la présentation du relevé des inscriptions. En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux ; les certificats de stage sont fournis directement aussi par l'administration générale de l'Assistance publique. MM. les internes et externes sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du servive hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Travaux pratiques (1re année). — Les travaux pratiques de *Physique*, de *Chimie* et d'*Histoire naturelle* commenceront le mercredi 3 novembre 1886. Ils auront lieu pendant le 1er semestre 1886-87 aux jours et heures ci-après désignés, dans les laboratoires installés à cet effet, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique* : Mardi, jeudi, samedi, de 4 h. à 6 h. du soir. — Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guebhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du vendredi 15 au samedi 30 octobre inclus, de 9 à 11 h. du matin. — 2° *Chimie* : Mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 h. et demie du matin. — Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du vendredi 15 au samedi 30 octobre inclus, de 9 à 11 h. du matin. — 3° *Histoire naturelle* : lundi et jeudi (1re série); mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h. du matin. — Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de 9 h. à 11 h. du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait

© BIU Santé

inscrire pour la chimie). — Passé le 30 octobre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale. — En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs de travaux.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique (année scolaire 1886-87). — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 11 octobre 1886. MM. les étudiants, pourvus de 12 inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'Anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis à partir du lundi 27 septembre 1886 jusqu'au mardi 16 novembre inclus, et de 1 h. à 2 h. de l'après-midi. — Une carte d'admission leur sera délivrée. — Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Personnel des travaux pratiques.

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Farabeuf. — *Prosecteurs* : MM. Michaud, Poirier, Broca, Chaput, Tuffier, Boiffin, Hartmann et Lejars. — *Aides d'anatomie, titulaires* : MM. Demoulin, Festal, Hallé, Mérigot de Treigny, Villar, Villemin, Montprofit, Delbet, Lyot, Potherat, Recamier, Sébileau et Thiéry. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Monange; — *Préparateurs adjoints* : MM. Grolos, de Thierry et Bouveault.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Guebhard; — *Préparateurs adjoints* : MM. Sandoz et Mergier.

Histoire naturelle. — *Chef des travaux* : M. Faguet (1). — *Préparateurs adjoints* : Botanique : MM. Bergé et Blondel; — Zoologie : M. Stef.

Histologie. — *Chef des travaux* : M. Cadiat, suppléé par M. A. Rémy. — *Préparateur* : M. Variot. — *Aides* : MM. Launois, Chatellier, Leroy, Girode et Pilliet.

Physiologie. — *Chef des travaux* : M. Laborde. — *Préparateurs* : MM. Rondeau et Gley. — *Aides* : MM. Pignol et Martin.

Anatomie pathologique. — *Chef des travaux* : M. Gombault. — *Préparateurs* : MM. Brault, Chantemesse et Durand-Fardel. — *Aides* : MM. Toupet, Widal et N...

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du Doyen, du vendredi 15 octobre au samedi 6 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés et Ecoles supérieures de plein exercice et préparatoires). — Art 1er. — Un règlement préparé par la Faculté ou Ecole et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen ou par le Directeur et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Recteur peut, sur l'avis de la Faculté ou de l'Ecole, accorder l'autorisation de prendre une inscription après clôture du registre. Pour des motifs graves, après avis conforme de la Faculté ou Ecole, le Recteur peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions de droit, de médecine et de pharmacie, avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription dans un établissement d'enseignement supérieur est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur; 3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au Doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres; 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint ou de l'enseignement secondaire spécial); 2° Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 1er août 1883), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. Toutefois, en ce qui concerne l'examen complémentaire du certificat de grammaire, il a été décidé (Circulaire ministérielle du 9 octobre 1883) que, durant une période de deux ans, qui prendra fin le 1er novembre 1885, des dispenses pourront être accordées sur l'avis motivé de la Faculté ou Ecole, aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté ou Ecole.

Art. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté ou Ecole à laquelle appartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen ou Directeur et visé par le Recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen ou Directeur de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté ou Ecole.

Les aspirants *officiers de santé* ne pourront, dans aucun cas, convertir en inscriptions de Doctorat, pendant la durée de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. Aucune concession d'inscriptions de Doctorat, correspondant à un certain nombre d'inscriptions d'Officiat, ne sera accordée (Décret du 20 juin 1878 et arrêté du 20 juillet 1882).

Fin de l'ancien régime d'études médicales (Doctorat).

Depuis le 1er novembre 1885, le nouveau régime d'études médicales établi par décret du 20 juin 1878 est seul en vigueur (1). Une circulaire adressée aux recteurs (26 avril 1884), indique : 1° Les principales catégories dans lesquelles pourront se trouver les élèves appartenant à l'ancien régime qui, au 1er novembre 1885, n'ont pas terminé leurs études; 2° Les dispositions qu'il y a lieu d'appliquer à ces élèves.

« Monsieur le Recteur, le règlement d'administration publique en date du 20 juin 1878, relatif aux études de Doctorat en médecine, décide que, à partir du 1er novembre 1885, le régime établi par ce décret sera seul en vigueur. Il convient de déterminer quelle sera la situation des Etudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études. Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Etudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit inscriptions. — (Ces étudiants devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études).

(1) Loin d'être docteur en médecine, M. Faguet n'est même pas, que nous sachions, en possession du moindre titre universitaire. On ne comprend donc guère son maintien à la tête d'un service aussi important que celui des travaux pratiques; il participe à l'enseignement sans avoir à cela le moindre titre. Il serait temps de remédier à cet état de choses et d'assurer enfin la bonne organisation des travaux pratiques, en donnant leur direction à un naturaliste.

(1) Nous publions encore une fois cette note, car malheureusement il y a encore des retardataires qu'elle pourra d'ailleurs renseigner utilement.

© BIU Santé

II. Etudiants qui, ayant subi le 2e examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions, sans avoir subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le 1er examen, ou le 1er examen et la 1re partie du 2e examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité).

III. Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions, et qui auront subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants seront autorisés à prendre régulièrement, aux époques trimestrielles réglementaires, les dernières inscriptions et à passer leurs examens après la seizième).

IV. Etudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire. — (Ces Etudiants subiront tous les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878).

V. Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime. — (Ces Etudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et, pour les autres, seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878),

VI. Etudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au 3e examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou, en général, qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885. — (1° Les Etudiants ajournés au 3e examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre. — D'après le résultat de l'examen, ils seront rangés, soit dans la 2e, soit dans la 3e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie ; 2° Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et seront assimilés aux étudiants de la 5e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie). »

Fin de l'ancien régime d'études médicales (Officiat).

A partir du 1er novembre 1886, le nouveau régime d'études médicales (officiat de santé) établi par décret du 1er août 1883 sera seul en vigueur.

Dispositions transitoires : La circulaire ministérielle suivante, adressée aux recteurs (12 juillet 1886), indique : 1° Les principales catégories dans lesquelles pourront se trouver les élèves appartenant à l'ancien régime qui, au 1er novembre 1886, n'auront pas terminé leurs études ; 2° Les dispositions qu'il y aura lieu d'appliquer à ces élèves.

« Monsieur le Recteur, le décret du 1er août 1883 déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'officier de santé décide qu'à partir du 1er novembre 1886 le régime établi par ce décret sera mis en vigueur. Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études. Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Etudiants qui, ayant commencé leurs études avant le 1er novembre 1883, seront pourvus à la fin de l'année scolaire 1885-1886 : 1° Dans les Facultés et dans les écoles de plein exercice, d'un certain nombre d'inscriptions inférieur à douze ; 2° dans les écoles préparatoires, d'un certain nombre d'inscriptions inférieur à quatorze. — Avant d'être admis aux examens définitifs, ces étudiants prendront régulièrement seize inscriptions, aux époques trimestrielles réglementaires, et subiront les examens de fin d'année correspondant à leur scolarité, d'après le programme établi par le décret du 1er août 1883.

II. Etudiants qui, pourvus de douze inscriptions de Faculté ou d'Ecole de plein exercice, ou de quatorze inscriptions d'Ecole préparatoire, n'auraient subi aucun examen définitif ou qui auraient été ajournés au premier examen définitif à la fin de l'année scolaire 1885-1886. — Ces étudiants seront dispensés du troisième examen de fin d'année et seront admis à subir immédiatement les examens définitifs, conformément au programme établi par le décret du 1er août 1883.

III. Etudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif ou qui seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou au troisième examen définitif. — 1° Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif conserveront le bénéfice de ces examens, mais ils seront soumis au nouveau programme pour les examens ou l'examen qu'ils auront encore à subir ; 2° les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou troisième examen définitif seront également soumis au nouveau programme. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie. »

1er trimestre de l'année scolaire 1886-87. — Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. Inscriptions : Le registre d'inscriptions est ouvert depuis le jeudi 14 octobre. Il sera clos le samedi 20 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 14, vendredi 15, samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22, samedi 23, mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 octobre, et les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5, samedi 6 novembre. (La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours). 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 9 novembre 1886.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1885-86. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. Consignations pour examens : Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 11 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 11 et le mardi 12 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. Travaux pratiques : Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. (Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. Cartes d'étudiant : Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1886-87, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Ecole pratique.

Direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Semestre d'hiver. — Dissection. Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie ont commencé le lundi 18 octobre.

Les pavillons de dissection sont ouverts à partir du mercredi 3 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — A. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. B. Les exercices de dissection sont obligatoires, pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. C. Pour les autres étudiants et les docteurs les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique) ; 2° Elèves non obligés et docteurs.

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au

© BIU Santé

15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour, par le secrétariat de la faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes, sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille en or de 400 fr. Une question de médecine pratique est, *au commencement de chaque année*, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée. — Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girold de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au Secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces sont reçues jusqu'au 1er juillet.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le prix Lacaze sera décerné, en 1888, au meilleur ouvrage sur la *phthisie*.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 1,000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° Une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 2° une somme de 750 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. En 1887, il y aura lieu de décerner les prix annuel et bi-annuel.

Thèses récompensées. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re *classe* : Médailles d'argent ; 2e *classe* : Médailles de bronze ; 3e *classe* : Mentions honorables.

Bourses d'études dans les facultés. — Un arrêté en date du 15 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des *bourses d'étude* dans les Facultés. Les étudiants qui veulent obtenir ces bourses doivent s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de 18 ans au moins. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis la sortie de ces établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère, et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans les cours de ces classes et des renseignements sur la situation de fortune de ses parents. La note *bien satisfait* pour le dernier examen est exigée.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année, au siège de la Faculté, vers la fin d'octobre. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le Ministre de l'instruction publique sur la proposition des Facultés (1). Les bourses sont conférées par le Ministre pour un an. Les boursiers qui aspirent à la conservation de leurs bourses sont tenus de recommencer ce concours chaque année. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payables d'avance, sur états émargés par les ayants droit. Le titre de boursier ne peut être cumulé avec un emploi rétribué.

Bourses de voyage. — Tous les ans, le Conseil municipal de Paris met à la disposition de l'*Ecole des hautes études*, à laquelle se rattachent quelques-uns des laboratoires de la Faculté de médecine, des bourses de voyages.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. — Directeur : M. le professeur Baillon ; — Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. Joly. — *Le Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. *Conservateur délégué* : M. Cadiat. Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que, depuis longtemps, il avait perdue. On y a installé un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M. Gombault. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

L'installation matérielle de ce musée est défectueuse et la place insuffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, espérons-le, nous donneront un local vaste, suffisamment aéré, où la lumière pénétrera largement. La richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle, qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 5 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 heures du soir, car, le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (5 heures) et celle du dîner, est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis deux ans, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Hahn ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu et Petit ; — *Sous-Bibliothécaires* : MM. Thomas et Gouault.

En attendant la nouvelle construction de ses nouveaux bâtiments, qui marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et y a installé provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie ; au 1er étage, des salles d'examen, ce qui rend libre le musée Orfila. De plus, on a

(1) Pour les questions données en 1885, voir *Progrès médical* 1885 : questions écrites, n° 44, p. 330 ; questions orales, n° 45, p. 406.

© BIU Santé

installé dans l'ancienne maison Chardon, rue Hautefeuille, au rez-de-chaussée, le laboratoire de thérapeutique ; au 1er, le laboratoire de pathologie expérimentale, et le cabinet de physique ; enfin, le 2e étage sert de dépôt à une immense quantité de livres autrefois entassés dans des greniers.

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet (au 1er étage) le lundi à 4 heures 1/2, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

LABORATOIRES DE LA FACULTÉ. — *Anatomie* : professeur, M. N... — *Médecine opératoire* : professeur, M. DUPLAY ; préparateur, M. N.... — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. VULPIAN ; chef de laboratoire, M. PINET ; préparateur, M. BONNOT. — *Thérapeutique* : professeur, M. HAYEM ; chef du laboratoire, M. ROUSSY ; préparateur, M. WINTER. — *Pharmacologie* : professeur, M. REGNAULT ; chef de laboratoire, M. VILLEJEAN ; préparateur, M. HÉRET. — *Physique* : prof., M. N... ; préparateur, M. WEISS. — *Chimie* : prof., M. A. GAUTIER ; chef des travaux, M. BÉMONT ; préparateurs, MM. FAUCONNIER et CHABRIÉ. — *Médecine légale pratique* : prof., M. BROUARDEL ; chef des travaux, M. DESCOUST ; chef des travaux chimiques, M. OGIER ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. VIBERT ; préparateur, M. Paul LOYE. — *Botanique* : professeur, M. BAILLON ; préparateur, M. MUSSAT. — *Tératologie* : directeur, M. DARESTE. — *Pathologie générale* : professeur, M. BOUCHARD ; chef de laboratoire, M. CHARRIN ; préparateur, M. ROGER.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguité des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du Budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. — Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté, a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. GLEY, directeur intérimaire du laboratoire ; E. HARDY, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. RÉMY (Albert) et CALMELS. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs SÉE et RICHET, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale, M. CAPITAN. — Chef de clinique chirurgicale, M. CASTEX.

Laboratoire de la clinique d'accouchements. — Chef de clinique, M. LOVIOT ; Chef du laboratoire : M. GALIPPE ; préparateur, M. AUVARD.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié : Chef de clinique : M. GUINARD ; chef du laboratoire, M. NEPVEU. — *Laboratoire de clinique médicale* : Chef de clinique, M. BOURCY, chefs du laboratoire, MM. BERLIOZ et N...

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef de laboratoire : M. GAUCHER ; chef des travaux chimiques, M. ESBACH ; chef des travaux anatomiques, M. SUCHARD ; préparateur de chimie, M. N... ; chef de clinique, M. SAPELIER. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, M. LATTEUX ; aide de laboratoire, M. DUBAR ; chef de clinique, M. BARETTE.

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — Chef de clinique, M. N.... — *Laboratoire de clinique chirurgicale* : Préparateur, M. DE GENNES ; aide préparateur, M. ARCHAMBAUT. — Chef de clinique, M. MÉNARD.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur : M. CHARCOT. — Chef de clinique : M. BABINSKI. — Chef du laboratoire : M. P. RICHER. — Chef des travaux anatomiques : M. Ch. FÉRÉ. — *Ophthalmologie* : M. PARINAUD. — *Electrothérapie*, M. VIGOUROUX. — *Travaux chimiques et photographie* : M. LONDE. — *Moulages* : M. HUBEL. — *Laboratoire de clinique des maladies des enfants* : Chef du laboratoire, M. MARTIN. — Préparateur, M. FÉRY. — Chef de clinique, M. QUEYRAT.

Laboratoire de clinique ophthalmologique. — Chef adjoint de laboratoire, M. VASSAUX. — Chef de clinique, M. VALUDE.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — Chef de laboratoire, M. BELLANGÉ ; aide, M. BOYÉ. — Chef de clinique, M. PICHON. — *Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Chef de laboratoire, M. DARIER ; préparateur, M. POUCHET ; chef de clinique, M. MOREL-LAVALLÉE.

Avis divers.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales.* — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques, à Paris) ou, dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement se fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. — Jours et heures auxquels ils sont délivrés.* — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques et de bibliothèque correspondants aux inscriptions trimestrielles sont délivrés aux dates et jours indiqués par des affiches spéciales. Les bulletins de versement des droits de consignation pour les examens sont délivrés les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. (Les limites des consignations pour les examens sont portées à la connaissance de MM. les étudiants, par voie d'affiche spéciale, au commencement du deuxième trimestre de l'année scolaire.) En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les dates et jours de consignation sont indiqués par les affiches relatives au quatrième trimestre de l'année scolaire.

3° *Annulation des bulletins de versement.* — Sont annulés les bulletins de versements dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés.* — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances sur la production, par l'ayant droit : 1° De la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement ; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du ministre des finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen ; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.) Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

5° *Mise en séries des candidats aux examens.* — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèses de doctorat. — Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : *a*) De s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse ; *b*) de soumettre le manuscrit au visa de M. le recteur, qui donne le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 heures.)

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : *a*) Le nom du candidat de la thèse ; *b*) la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complètera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : *a*) Le nom du président de la thèse ; *b*) l'indication du sujet de la thèse ; *c*) le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le vendredi qui suit la consignation. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines

© BIU Santé

qui suivent, mais toujours 5 jours au moins après la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les 163 exemplaires imprimés.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs agrégés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 163 exemplaires de la thèse, à la Faculté, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront par suite la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Consignations pour examens de sage-femme.* — En consignant les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe sont tenues de produire les pièces ci-après :

I. Elèves de la Clinique d'accouchements de la Faculté : 1° certificat d'assiduité aux cours; 2° certificat de stage à la Clinique.

II. Elèves des Maternités et Ecoles d'accouchements : 1° acte de naissance; 2° acte de mariage, s'il y a lieu; 3° consentement du mari, du père ou tuteur, selon le cas; 4° certificat de bonnes vie et mœurs; 5° certificat de réception à l'examen primaire établi par l'arrêté du 1er août 1879; 6° certificat d'assiduité aux cours; 7° certificat de stage à la Maternité.

III. Sages-femmes possédant un diplôme de 2e classe : Aux pièces énumérées à l'art. II ci-dessus, elles devront ajouter le certificat d'aptitude de 2e classe.

8° *Cartes d'étudiant, Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la clinique d'accouchements.* — 1° Les Cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu).

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.* — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions; — si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Cours.

Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne). — M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 7 novembre 1886, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr G. Sée commencera les cours de clinique médicale le lundi 8 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera tous les lundis et vendredis à la même heure. Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude physiologique et thérapeutique des médicaments et celles du vendredi au diagnostic.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 8 novembre 1886, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Cours et opérations à 9 heures. — Exercices ophtalmoscopiques, tous les mercredis.

Clinique médicale (Hôpital de la Pitié). — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale, le mardi 9 novembre 1886, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Visite des malades tous les jours, à 9 heures du matin.

Cours de clinique des maladies des enfants (Hôpital des Enfants. Malades). — M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies des enfants le samedi 6 novembre 1886, à 10 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Ordre du cours : Mardi, leçon clinique dans les salles; Jeudi, leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire; Samedi, leçon à l'Amphithéâtre. Les lundi, mercredi et vendredi sont consacrés : — Le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles; — le mercredi, à l'électrothérapie; — le vendredi, aux maladies de la peau.

Cours de médecine légale. — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 8 novembre 1886, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'histologie. — M. le professeur Mathias-Duval commencera le cours d'histologie le samedi 6 novembre, à 5 heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : Le système nerveux; le système musculaire; le système osseux.

Cours de médecine opératoire — M. le professeur Duplay commencera le cours de médecine opératoire le jeudi 11 novembre 1886, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure (Voir p. 984).

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située avenue Victoria, n° 3 et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur M. Peyron. — Secrétaire général, M. Barbier. — Chef du bureau du personnel et du service de santé, M. Grou.

Nouvel-Hôtel-Dieu, Parvis Notre-Dame : 559 lits. — *Médecins* : M. G. Sée, salles Saint-Christophe, Sainte-Jeanne et Saint-Joseph. Visite à 8 h. 1/2; consultations le mardi. — M. Empis. Visite à 7 h. 1/2, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine; consultations le lundi. — M. Moutard-Martin. Visite à 9 h. Salles Saint-Augustin et Sainte-Monique; consultations le mercredi. — M. Gallard. Visite à 9 h. 1/2. Salles St-Louis et Sainte-Marie; consultations le jeudi. — M. Mesnet. Visite à 9 heures. Salles Saint-Denis et Sainte-Martine; consultations le vendredi. — M. Bucquoy. Visite à 8 h. Salles Saint-Thomas et Sainte-Anne; consultations le samedi. — *Chirurgiens* : M. Richet. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles Saint-Jean, Saint-Landry et Notre-Dame. — M. Tillaux. Visite à 8 1/2; consultations les mardis, jeudis et samedis, salles Sainte-Marthe et Saint-Côme. — M. Panas. Visite à 9 h. Salles Saint-Julien et Sainte-Agnès (Maladies des yeux). Consultation tous les jours. — *Cliniques de la Faculté.* — MM. G. Sée, Richet et Panas, professeurs. M. G. Sée les lundis, mercredis et vendredis. M. Richet les mardis, jeudis et samedis. Chef de clinique chirurgicale, M. Castex. Chef de clinique médicale, M. Capitan. — Chef des laboratoires, M. Gley. Chef des travaux chimiques, M. Hardy. — Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. Panas. Chef de clinique ophthalmologique, M. Valude. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophthalmologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction.

Bibliothèque. — La bibliothèque des internes, fondée depuis 7 ans, compte aujourd'hui plus de 1500 volumes reliés; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877; 500 fr. chaque année depuis 1878, jusqu'à cette année.

Clinique d'accouchements et de gynécologie, rue d'Assas, 89 : 130 lits (dont 11 de gynécologie) et 53 berceaux. *Accouchements* : M. Pajot; Chef de clinique, M. Loviot, chef de clinique adjoint, M. Boissard. — Leçons : mardi, jeudi et samedi. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur, ou la Faculté. Cette latitude qui était, jusqu'à présent, réservée seulement aux étudiants ayant passé leur 3e examen de doctorat sera certainement élargie. Actuellement, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée, et l'inscription au bureau de la clinique. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements dans la journée. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous, dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation de gynécologie; les élèves assistent aux examens au spéculum des malades du dehors et de celles du service. La maison est en outre désignée pour le stage que les élèves sages-femmes sont obligées de faire. Elles sont envoyées par la Faculté qui leur délivre une carte.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob, 516 lits. — *Enseignement* :

© BIU Santé

M. le professeur N..., professeur de clinique médicale. Chef de clinique, M. Siredey. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Charles (H. et Ste-Anne (F.) Consultations le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au spéculum les jeudis et vendredis à 10 h. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2, Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. Trélat. Chef de clinique, M. Barette. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salles Sainte-Vierge (H.) et Sainte-Catherine (F.). Consultations mardi, jeudi et samedi. – *Chirurgie* : Service de M. Després. Salles Sainte-Rose (F.) et Saint-Jean (H.) Visite des malades à 9 h. Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.— *Médecins* : M. Féréol. Salles Saint-Basile (F.) Sainte-Julie (crèche) et Saint-Louis (H.) Visite à 8 1/2. Consultation le mardi. — M. Peter. Salles Sainte-Madeleine (F.) et Saint-Jean-de-Dieu (F). Visite des malades à 9 h. Consultation le vendredi. — M. Laboulbène. Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-Michel (H.) Visite des malades à 8 h. Consultation le lundi. — M. Desnos. Salles Saint-Vincent (F.), et Saint-Félix (H.)Visite à 9 h. 1/2. Consultation le jeudi.—M. Luys. Salles Saint-Joseph (F.) et Saint-Ferdinand (H.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi. Consultation le samedi. — *Accoucheur* : M. le Dr P. Budin. Salle Sainte-Marie. — Tous les matins à 9 h. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours, à 9 h. 1/2.

Bibliothèque des internes de l'hôpital. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, 709 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. Bourcy. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Consultations les mercredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. Audhoui. Salles Cruveilhier (F.), et Monneret (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le samedi. — M. Brouardel. Salle Trousseau (F.). et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le lundi. Spéculum le mercredi et le samedi. — M. Cornil. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 h. Consultations le vendredi. — M. Lancereaux. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. Consultation le jeudi. — M. Dumontpallier. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Consultations le mardi. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique : M. Guinard. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. Consultations mardis, jeudis et samedis. — M. Polaillon. Salles Gerdy (F.) et Broca (H.). Visite à 9 h. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Accoucheur* : M. Maygrier. Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements.

Bibliothèque. — Il existe à la Pitié, une bibliothèque médicale fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880 1881, 1882 et 1883; 500 fr. en 1884, 1885 et 1886. Elle se compose d'environ 1.100 volumes.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré : 708 lits, dont 661 pour adultes, 43 pour enfants au berceau et 4 pour malades à isoler dans le service d'accouchements. — *Médecins* : M. Duguet. Salles Ste-Joséphine (F.) et Saint-Vincent (H.). Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — M. Siredey. Salles Ste-Claire (F.) et Saint-Jérôme (H.) Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Consultation de gynécologie et spéculum le mercredi. — M. Bouchard. Salles Ste-Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Leçons cliniques en hiver. — M. C. Paul. Salles Ste-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.) Visite à 9 h. Consultation le mercredi. — M. Proust. Salles Ste-Marie (F.) et Saint-Charles (H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. — M. Gérin-Roze. Salles Sainte-Marthe *bis* (nourrices) ; Ste-Geneviève (F.), Saint-Augustin *bis* (H.) Pavillon d'isolement. Visite à 8 h. 1/1. Consultation le samedi. Les consultations pour les maladies du *larynx* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis, jeudis et samedis à 9 h.; celles pour les *maladies professionnelles* le mercredi à 9 heures. (M. Proust). — *Chirurgiens* : M. Duplay. Salles Ste-Marthe (F.), Saint-Honoré (H.). Visite à 9 h. Opérations et clinique le jeudi. Consultation les lundis et jeudis. — M. B. Anger. salles Ste-Jeanne (F.), Saint-Louis (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. — M. Périer. Salle St-Ferdinand (H.) et St-Augustin (H.). Consultation les mercredis et samedis ; opérations le vendredi ou le lundi. — M. Delens (Service des maladies des yeux). Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h., sauf dimanche. Salle Ste-Marthe *bis* (F.) et St-Ferdinand *bis* (H.). Visite à 9 h. — *Service d'accouchements* : M. Pinard. Salle Ste-Anne (F.) Chambres d'isolement. Visite tous les matins, à 9 heures. Consultation tous les jours, le dimanche excepté. Les élèves, *munis de cartes*, délivrées par le chef de service, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre la salle d'accouchement et les sages-femmes (24) agréées du service de ville.

Bibliothèque des internes en médecine. Installée dans une salle spéciale de travail, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. en 1878-1886. Elle compte environ 1900 volumes.— Laboratoire de micrographie. (MM. Duguet et Paul).

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu en 1886 une subvention de 300 fr. pour fondation d'une bibliothèque à leur usage spécial.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine : 70 lits et 72 de varioleux (777). — *Chirurgie*. M. Marchand. Salles Blandin et Broca, (H.), 44 lits; salle Cruveilhier, (F.), 20 lits; consultation les mardi, jeudi et samedi. Spéculum le lundi. Opérations le jeudi. Visite à 8 h. et demie. — Service de M. Blum. Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 60 lits; salle Lisfranc, (F.), 24 lits. Consultations les lundi, mardi et vendredi. Visite à 9 heures. — *Médecine*. Service de M. le professeur Hayem : Salle Béhier (H.), 40 lits, salle Moïana (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits. Consultations le lundi. Spéculum le mercredi. Visite à 8 heures et demie. Service des *varioleux*, (H.), 30 lits ; (F.), 36 lits. — Service de M. Dieulafoy. Salles Bichat et Malgaigne, (H.), 51 lits ; salle Chomel, (F.), 24 lits. Consultations le mardi. Examen au spéculum le vendredi. Visite à 9 h. — Service de M. Landrieux. Salle Broussais, (H.), 22 lits; pavillon Lorain (F.), 30 lits. Consultation roulante. Examen au spéculum le mardi; examen au laryngoscope le lundi. Visite à 9 h. — Service de M. Renault. Salle Marjolin, (H.), 33 lits ; salle Roux, (F.), 20 lits ; salle Corvisart (F.), 20 lits. Examen au spéculum le lundi. Visite à 8 h. 1/2. — Service de M. Hutinel. Salle Axenfeld (H.), 35 lits; salle Nélaton (F.), 20 lits ; salle Chomel (accouchement) 2 lits. Consultations le vendredi. Visite à 9 h. — Service de M. Tenneson. Salles Louis et Andral (H.), 56 lits ; salle Barth (F.), 24 lits. Consultations le mercredi. Examen au spéculum le samedi. Visite à 8 h. et demie. — Service de M. Troisier. Salle Aran (H.), 27 lits ; salle Rostan (F.), 24 lits. Consultation le samedi. Examen au spéculum le jeudi. Visite à 9 h. et demie. — Service de M. Raymond. Salle Magendie (H.), 37 lits ; salle Grisolle (F.), 24 lits ; salle Grisolle (accouchement) 4 lits. Consultations le jeudi. Spéculum le mercredi. Visite à 8 heures 1/2.

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 825 lits. — *Médecins* : M. Straus. Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.). Consultation le lundi. — M. Landouzy. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H). Bouillaud (F.) et Valleix (crèche). Consultation le mardi. — M. Lacombe. Visite à 9 heures. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.) Consultation le mercredi. — M. Hanot. Visite à 9 heures. Salles Axenfeld (H.), Colin (F.) et Tenon (H.) Consultation le jeudi. — M. Cuffer. Visite à 9 heures. Salles Barth (H.), Couverchel (F.) et Tenon (H.). — M. Dreyfus-Brissac. Visite 9 h. Salle Gérando (H.) Rayer (F.). Consultation le vendredi. M. Moutard-Martin. Salles Parrot et Lorain (H.), et Maurice Raynaud (F.). Consultation le samedi. — M. Danlos: Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.). — *Chirurgiens* : M. J. Lucas-Championnière. Visite à 9 h. Salles Velpeau, Nélaton et Lisfranc (H.), Richard Wallace (F.), Boyer (F.) et Boyer (Crèche). Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations les mardis et jeudis. — M. P. Berger. Visite à 9 h. Salles Dupuytren, Montyon, Seymour (H.), Delessert (F.) et Ambroise Paré (F.), et A. Paré (crèche). Consultation les mardis, jeudis et samedis. Opérations tous les jours. — *Accoucheur* : M. Bar. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, les lundi et jeudi à 10 h.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3,000 fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. — Les *internes* sont logés et touchent l'indemnité réglementaire de 600 fr. pour la 1re année, de 700 fr. pour la 2e, de 800 fr. pour la 3e et de 1,000 fr. pour la 4e. Ils reçoivent, en outre, une

© BIU Santé

indemnité mensuelle de 25 fr. Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878),il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2,000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque. Les *externes* touchent 50 fr. par mois au lieu de 30, comme dans les autres hôpitaux excentriques. Bibliothèque : 4,000 volumes.

Hôpital Necker, rue de Sèvres, 151 : 418 lits. — *Médecins* : M. le professeur Potain. Chef de clinique, M. Sapelier. Salles St-Luc (H.), Sainte-Adélaïde (F.). Clinique médicale à 9 h. Consultations le jeudi. Spéculum le samedi. *Laboratoire* du service de clinique médicale : Chef des travaux histologiques, M. Suchard ; chef des travaux chimiques, M. Esbach. — M. Rigal : Salles Saint-Ferdinand (H.), Sainte-Anne (dont 6 lits de crèche) (F.). Consultations le mardi. Spéculum le lundi et le jeudi. — M. Blachez : Salles Saint-Louis (H.), Sainte-Thérèse (F.), Sainte-Eugénie (crèche). Consultations le lundi. Spéculum le vendredi — M. Rendu : SallesSt-Jean (H.). Sainte-Eulalie (F.). Consultations le mercredi. Spéculum le vendredi. — La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis par MM. Rigal ou Rendu, les samedis par MM. Potain ou Blachez. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le professeur Le Fort. Chef de clinique, M. Menard. Salles St-Pierre (H.) et Sainte-Marie (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. Degennes. — M. Guyon : Salles Saint-André (H.) et Sainte-Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. Saint-Vincent : *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires. Leçon clinique et opérations le mercredi, à 9 h. ; leçon au lit du malade et opérations le samedi à 9 h. Le Musée Civiale, nouvellement installé près du service des laboratoires, est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Bibliothèque des internes en médecine. — Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes (2 fr. par mois). Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879 : 1° de la collection des Bulletins de la Société anatomique ; 2° de la *Revue des Sciences médicales* ; en 1880, des Archives de médecine ; en 1881, des Archives de physiologie ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de médecine* et de la *Société de chirurgie*. Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée de 1883 à 1886 grâce à une subvention de 500 francs accordée par le Conseil municipal ; on a acheté cette année le *Dict. Dechambre*.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 ; 422 lits. — *Médecins* : M. Millard ; salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux. — M. Guyot : salles Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H). Visite à 8 h. Consultations tous les mardis et samedis, un sur deux. — M. Gombault : salles Beaujon (H.) et Sainte-Monique (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux. — M. Fernet : salles Saint-Jean (H.) et Sainte-Hélène (F.). Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Léon Labbé. 1er pavillon (H.). Salles Sainte-Clotilde (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations le mardi. — M. Cruveilhier. 2e pavillon (H.), Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis, samedis. Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mercredi — *Accoucheur* : M. Ribemont-Dessaignes : salle Sainte-Paule. Visite à 9 h. 1/2. Consultations tous les jorrs à 10 heures.

Bibliothèque. — La bibliothèque, placée dans un local attenant aux chambres des internes, et qui ne contenait guère que 500 volumes en 1878, en renferme maintenant plus de 2.000, grâce au legs Gubler et à une subvention de 500 fr. accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques : 446 lits dont 160 qui servent à un service provisoire. — *Médecins* : M. X. Gouraud. Salles Bichat (F.), Lasègue (H.), et Trousseau (H.). Visite à 8 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. X. Gouraud fait chaque année des leçons cliniques du mois de mars au mois de juin. Elles ont lieu le mardi et le vendredi, à 9 h. 1/2. — M. Dujardin-Beaumetz. Salles Chauffard, Woillez, Beau (H.), Briquet et Blache (F.). Salles d'accouchées malades. Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Consultation les mardi, jeudi et samedi. *Leçons de clinique thérapeutique*, de séméiologie, de physique et chimie médicales les lundi, mercredi, vendredi. Un laboratoire parfaitement aménagé et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgien* : M. Th. Anger. Salles Boyer et Cochin. Il existe de plus un service de baraques comprenant 60 lits d'hommes (salles Nélaton (30) et Chassaignac). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie. — *Accouchements* : MM. Bouilly, pavillon Velpeau. Le pavillon d'accouchements est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur-adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins, à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois.

La *Bibliothèque* des internes en médecine a reçu du Conseil municipal un don de 1.000 fr. en 1877, de 500 fr. en 1878 et de 400 fr. de 1879 à 1885. En 1886, 400 francs ont été donnés de nouveau.

A la laïcisation, un pharmacien en chef (M. Lafont) et 3 internes en pharmacie ont été ajoutés au personnel médical. Une somme de 300 fr. a été aloué aux élèves en pharmacie pour leur bibliothèque. Elle pourra rendre de plus grands services, quand l'Administration aura adjoint à la salle de garde un local suffisant. Elle compte plus de 400 volumes.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles. — *Médecin* : M. Debove. Consultations les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. Il comprend aujourd hui 200 lits de médecine pour les maladies chroniques et 60 lits de chirurgie pour les maladies chroniques également. Le service est fait par des membres du Bureau central : deux médecins, assistés chacun d'un interne provisoire, et un chirurgien assisté de deux internes provisoires. Les salles de médecine sont : hommes, salles Lasègue, Parrot, Delpech, Hillairet ; femmes, Cazalis, Gubler, Axenfeld, Archambault. Les salles de chirurgie sont : Salles Follin (H.) et Broca (F.). Il n'y a pas encore de service de consultation, la spécialité de l'établissement, Hôpital d'attente pour les épidémies, occupé entre temps par des chroniques, ne comportant pas d'admissions directes.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 184 lits. — *Médecins* : MM. Gouguenheim. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). Visite tous les jours à 9 h. Consultations mardi et vendredi. Clinique laryngoscopique et rhinoscopique lundi et jeudi matin à 9 h. 1/2. — Huchard. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. Terrier. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.).

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 628, dont 20 pour les enfants, crèche. — *Médecins* : M. Ball. Salles Béhier et Larochefoucauld (H.), Broca, Piorry et Becquerel (F.). Consultation, lundi et vendredi. — M. Damaschino. Salles Trousseau et Bayle (H.), Louis et Monneret (F.), Guersant (crèche). Consultation mardi et samedi. — M. Ferrand. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay (F.). Consultation mercredi et vendredi. — M. Legroux. Salles Rostan et Grisolle (H.), Chomel et Cl. Bernard (F.). Consultation jeudi. — *Chirurgien* : M. Nicaise. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Boyer (H. et F.). Consultation tous les jours. Il y a en outre 112 lits supplémentaires en cas de besoin, c'est un service temporaire (service d'hiver ordinairement). Dans chaque service il y a deux salles affectées aux maladies chroniques (H. et F.).

Des conférences cliniques ont lieu tous les jours à l'hôpital Laënnec, dans le nouvel amphithéâtre, agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. Ces conférences seront reprises au mois de décembre dans l'ordre suivant : Lundi, M. Ball. — Mardi, M. Nicaise. — Mercredi, M. Legroux. — Jeudi, M. Ferrand. — Vendredi, M. Damaschino. — Samedi, M. Nicaise.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire de M. Damaschino est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un superbe établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc., une étuve de désinfection chauffée au gaz.

Hospice de la Salpêtrière, (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital ; 3,171 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. Charcot et Joffroy. — *Chirurgien* : M. Terrillon. — *Médecins aliénistes* : MM. J. Falret, A. Voisin et J. Voisin. — *Médecin résident* : Dr Ch. Féré. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Charcot, les mardis et vendredis à 9 heures 1/2 ; chef de clinique, M. Babinski ; chef du laboratoire, M. P. Richer ; prosecteur, M. Féré ; chef du service électrothérapique, M. Vigouroux (traitement les mardi, jeudi et samedi, à midi) ; travaux chimiques et photographiques, M. Londe. — M. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur la médecine mentale et les maladies nerveuses. — M. J. Falret, clinique mentale, le dimanche à 10 heures.

(1) Nous pensons que l'Administration va réunir tous ces musées particuliers dans le musée spécial qui a été construit, à la suite d'un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts.

© BIU Santé

à partir du 8 novembre. Tous les jeudis, à 9 heures, examen clinique des malades. — M. Terrillon fait, durant l'été, un cours de gynécologie.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière au mois de mai 1881. Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante : *Médecine*. Consultation externe. M. Charcot, le mardi, à 9 h. et demie;—M. Joffroy le mercredi, à 9 h. et demie; — M. J. Falret, le lundi, à 9 h. et demie;— M. Voisin (Auguste), le vendredi, à 9 h. et demie; — M. J. Voisin, le samedi, à 9 h. et demie. — *Chirurgie* : M Terrillon, le jeudi, à 9 h. et demie. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 42 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Bibliothèque. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque* médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1800 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 en 1886.

Les *internes en pharmacie* de cet hospice y font tous les ans des conférences gratuites en vue de la préparation au concours de l'internat en pharmacie. Ils ont fondé depuis quatre ans et entretiennent à l'aide de cotisations mensuelles et d'une subvention annuelle du Conseil municipal une bibliothèque qui, malgré sa récente création, compte déjà plus de 350 volumes; ils y ont adjoint une magnifique collection de matière médicale, comprenant plus de cinq cents échantillons.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre : 1658 lits règlementaires pour les *vieillards*, population réelle 1924; 640 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques ;* population réelle 850. Dans ce dernier chiffre sont compris 298 enfants épileptiques ou arriérés (ce nombre sera porté à 400 quand les bâtiments en construction seront achevés).— Infirmerie de l'hospice: *Médecin* : M. Moizard. — *Chirurgien* : M. Peyrot. On reçoit également en chirurgie les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers. Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie de médecine pour les malades du dehors; ceci a été fait : huit lits. Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine les mardis, jeudis et samedis.— *Division des aliénés* : 1re section, M. Charpentier. — 2e section, M. Deny. — 3e section, M. Bournéville. Médecin adjoint : M. Séglas. — A Bicêtre, il n'y a pas d'élèves externes; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis six ans, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on pourrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis, c'est là un palliatif; ce qu'il y aurait de mieux à faire serait de construire un pavillon spécial.

Bibliothèque médicale des internes en médecine.—Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1885), elle compte aujourd'hui plus de 2,586 volumes. Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire. Les internes ont aussi une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement.

Hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149. 593 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants, est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur Grancher en février 1885. — M. Grancher fera des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de cours, à partir du 10 novembre. — Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës; d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants à amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de cinq, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus, un service de chroniques, et fait dans la semaine, une leçon clinique, à l'amphithéâtre. M. Labric seul ne fait pas de leçons publiques. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. Queyrat. Consultation le lundi. Leçons à 10 heures, le mardi et le samedi. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Thomas (G. aigus), Sainte-Geneviève (F. aiguës), Sainte-Catherine (F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants, est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. Labric. Consultation le vendredi. Visite à 8 heures 1/2. Salles : Saint-Jean (G. aigus), Saint-Louis (G. teigneux). Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Saint-Louis. — M. J. Simon. Consultation le Samedi. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Salles : Sainte-Thérèse (F. aiguës), Sainte-Marie (F. chroniques). — M. Descroizilles. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le vendredi à 10 heures. Salles : Saint-Augustin (G. aigus), Saint-Ferdinand (G. chroniques).—M. A. Ollivier. Consultation le Jeudi. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le lundi à 10 h. Salles : Sainte-Elisabeth (F. aigües), Sainte-Anne (F. teigneuses). — Les deux pavillons inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 12 lits et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par chacun des 5 médecins de l'hôpital qui s'y succèdent de deux en deux mois. Le service spécial des rubéoliques, récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886, est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — *Chirurgien*. — M. de Saint-Germain. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours, sauf le jeudi. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Saint-Côme (G.), Sainte-Pauline (F.), Sainte-Marthe (F. ophthalmies), Saint-Joseph (G. Ophthalmies).

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 600 volumes environ. Cotisation 2 fr. par mois. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal. De nombreux dons sont faits tous les ans par M. Descroizilles.

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton (ex-hôpital Sainte-Eugénie, ancien hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 463 lits.

Médecins : M. N.... Visite à 8 heures 1/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles).—M. d'Heilly. Visite à 8 heures 3/4. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Valleix (filles). Maladies chroniques. Salle Bouvier (filles). Teigne le mardi. Salle Gillette (filles). — M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Legendre (garçons). Maladies chroniques. Salle Lugol (garçons). Teigne. Salle Bazin (garçons). — Consultations et pansement externe de la teigne, deux jours par semaine : M. d'Heilly, les mardis; M. Cadet de Gassicourt, les samedis. Très prochainement un amphithéâtre pourvu de tous les moyens d'étude désirables va être annexé au service de M. Lannelongue. Des salles d'opération et d'isolement doivent être construites dans un très bref délai. — *Chirurgien* : M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles).

Pavillon Bretonneau, inauguré en 1879, comprenant 28 lits pour la diphthérie. Ce service d'isolement est fait alternativement par les médecins : M. Cadet de Gassicourt, en janvier, février, juillet et août; M. N..., en mai, juin, novembre et décembre. M. d'Heilly, en mars, avril, septembre et octobre. Au commencement de chaque année, un moniteur est choisi par l'Assistance publique afin de servir d'aide et de guide aux nouveaux internes pendant les opérations de trachéotomie. C'est là une innovation des plus heureuses introduite dans l'important service des diphthériques. Le jeudi, pendant les deux semestres de l'année scolaire, M. Cadet de Gassicourt fait des leçons cliniques au lit du malade et à l'amphithéâtre.

Bibliothèque des internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplets. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885 et 1886; elle possède aujourd'hui plus de 400 volumes. Les internes en médecine se sont volontairement soumis à une cotisation de 2 fr. par mois. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie vont être créés. Ajoutons que le musée de M. le Dr Lannelongue vient d'être organisé avec un soin extrême et fournira aux étudiants de précieux sujets d'études.

Hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74, 675 lits. *Médecin*, M. Sevestre. Visite tous les jours de 8 heures 1/2 à 10 heures du matin. — *Chirurgien*, M. Guéniot. — *Consultations pour les maladies de l'enfance*. Une consultation gratuite pour les maladies des enfants est établie à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette

© BIU Santé

consultation a lieu régulièrement le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à 9 h. du matin. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 74.— La bibliothèque, fondée en 1884, s'est accrue cette année de quelques ouvrages importants. Il existe maintenant un laboratoire de médecine. Les pavillons d'isolement pour le traitement des maladies contagieuses sont installés et fonctionnent depuis 6 mois environ.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40, salle de consultation même rue, n° 38, 1043 lits dont 625 consacrés aux affections cutanées, 56 aux accouchements, 64 aux varioleux et le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiliographiques.—La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. Quinquaud. Consult. externe le jeudi ; examen des malades et conférence clinique le jeudi, à 9 h. Examen au spéculum le mardi, salles Biett (F.) et Hillairet (H.). — M. Lailler. Consultation externe le mercredi ; conférences cliniques toute l'année le *vendredi* à 8 h. 1/2 ; spéculum le lundi, service spécial supplémentaire pour les enfants teigneux le samedi à 9 h. pavillon Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Vidal. Consultation externe le mardi; examen des nouveaux et conférences cliniques le mercredi toute l'année ; traitement du lupus par les scarifications linéaires le jeudi ; spéculum le samedi ; leçons sur les affections cutanées le lundi à partir du mois de janvier, salles Alibert, Gabrielle et Devergie (H.). — M. Hallopeau. Consultation externe le lundi ; examen des nouveaux le samedi ; spéculum et leçon de clinique sur les maladies de femmes le lundi toute l'année. Tous les samedis, du 15 mars au 15 août, cours clinique sur les maladies de la peau, salle Bichat (H.) et Henri IV (F.) M. Besnier. Consultation externe le vendredi ; examen des nouveaux le mardi ; mercredi, revue générale des malades ; jeudi, la cautérisation ignée interstitielle du lupus ; vendredi, les *pelades* et *trichophytie*; samedi, policlinique : affections cutanées diverses, salles Cazenave (H.) et Gibert (F.). Pendant l'été, le mercredi, *clinique et pathologie cutanée*. Même distribution des travaux pour les autres jours.—*Clinique des maladies de la peau*, M. le professeur Fournier. Chef de clinique, M. Morel-Lavallée. Tous les jours de 8 h. à 10 h. du matin ; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. — *Accoucheur* : M. Porak, salle Paul Dubois. Visite tous les jours à 9 h. Les élèves n'y sont admis que munis d'une autorisation spéciale. Consultation tous les jours à 9 h. 1/2, excepté le dimanche. Les élèves y sont admis sans autorisation spéciale. Du 1er janvier au 1er juillet, leçons tous les jeudis, à 10 h.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient aujourd'hui 798 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 142 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis trois ans au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. Porak, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 2 ou 3 accouchements par jour; 966 par an (1875); 4539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe pour la gynécologie.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. Péan, Consultation externe lundi, mercredi, vendredi ; clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Cloquet (H.), Nélaton (H.), Denonvilliers (F.).—M. Le Dentu. Consultation externe mardi, jeudi et samedi ; leçon clinique et opérations le mercredi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salles Denonvilliers (F.) et Cloquet (H.).

Bibliothèques. — Les élèves externes et stagiaires peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement réservée. C'est à l'initiative de M. Lailler que les élèves doivent cet avantage que n'offre aucun autre hôpital. La bibliothèque, ouverte tous les matins, est placée dans le bâtiment neuf de la consultation, l'ancienne salle du pavillon ayant été rendue à sa destination primitive (malades) : elle reste toujours sous la direction de M. Lailler. — Une autre *Bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886 par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

Hôpital du Midi, 111, boulevard de Port-Royal. — 336 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin. — *Chirurgien* : M. Humbert. 1re division. Salles I, II, III, IV et V. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Du Castel. 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mercredis et samedis. M. Mauriac. 3e division. Salles IX, X, XI et XII, consultations les mardis et vendredis. Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visitée avec soin.

Hôpital de Lourcine, n° 111, rue de Lourcine : 243 lits. — M. Martineau : Salles Cullerier et Natalis Guillot. Leçons cliniques les mercredis et samedis de chaque semaine. Le cours sur les maladies des femmes et les affections syphilitiques commencera le 10 novembre. — M. Balzer. Salles Astruc, Goupil et Bouley. Cette dernière salle (8 lits et 6 berceaux) reçoit les filles de 2 à 15 ans. — *Chirurgien* : M. Pozzi. Salles Fracastor (accouchements et crèches) et Van Swieten. La salle Fracastor (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère.— Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement.

Bibliothèque. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque. Depuis, il a voté tous les ans la même somme.

Hôpital temporaire de la rue Pascal, rue Pascal, 76 : 60 lits. — Consultation gratuite pour les femmes. — *Médecins* : MM. Martineau et Balzer. — *Chirurgien* : M. Pozzi. Leçons de gynécologie clinique et opératoire, les mardi, jeudi, samedi à 2 heures et demi, à partir du 16 novembre 1886. Ce cours sera complet et durera 4 mois.

Maison et École d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123 : 338 lits. — *Médecin*: M. Labadie-Lagrave. — *Chirurgien en chef* : M. Tarnier. — *Chirurgien-adjoint* : M. Bouilly. — Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse : une salle contenant 30 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef ; chacune de ces salles contient 30 lits. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvres, douleurs abdominales, etc., elle doit être immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans cinq salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes ; c'est ce système d'isolement, qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'a été que de 0,97 0/0 en 1884, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 10 lits.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves; elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Henry, sage-femme en chef. Il y a trois aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements ; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement ; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année ; ces chefs ont elles-mê-

© BIU Santé

mes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayant-droits. Le prix de la pension, qui était de 600 fr., pour une année, a été élevé à 1,000 fr.. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par l'interne en médecine; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par l'interne en chirurgie.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complètement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon, au service duquel est attachée une aide sage-femme, sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile; il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis neuf ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc. Ce pavillon a permis d'obtenir les meilleurs résultats.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200 : 351 lits. — *Médecins* : MM. Lecorché et Labbé. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Horteloup. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. — L'hôpital possède une *bibliothèque médicale* contenant plus de 600 vol., dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886 elle s'est enrichie du dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter; par exemple, les *Archives de médecine* qui manquent depuis 1873. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. Les internes se sont volontairement soumis à une cotisation personnelle de 2 francs par mois ; la subvention du Conseil municipal est bien faible pour une bibliothèque aussi peu riche en livres classiques. La Maison municipale de santé possédait autrefois quatre laboratoires, un dans chaque service de médecine, et un dans chaque service de chirurgie (1).

Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 917 lits, y compris les 32 lits de la nouvelle infirmerie de M. le Dr Magnan. — L'Asile clinique (Sainte-Anne) relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — Le personnel médical et administratif est ainsi composé : *Directeur* ; M. le Dr Taule : *Médecins-chefs de service* : MM. Dagonet et Boucherbau (service de l'asile hommes et femmes) ; M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef* : M. Quesneville, agrégé à l'École de pharmacie. Médecin-adjoint : M. Dubuisson, chargé du service des bains externes.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Ball, assisté de M. le Dr Pichon chef de clinique responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. — Il existe un laboratoire de la Faculté avec un chef de laboratoire, M. Bellangé. M. Magnan fait également à Sainte-Anne des leçons de clinique mentale. La réouverture des leçons de M. Magnan aura lieu le dimanche 14 novembre, à neuf heures et demie; elles seront continuées les dimanches et mercredis suivants à la même heure; elles auront pour objet, cette année, Des *généralités sur les diverses formes de la folie* et l'*étude de la manie* et *de la mélancolie*.

Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise). — *Médecin-directeur* : M. Espiau de Lamaëstre; *médecins-adjoints* : MM. Schils et Chambard ; *pharmacien en chef* : M. Magnin. Outre l'asile proprement dit, de 937 lits, il existe un pensionnat.

Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise) près Epinay-sur-Orge, 680 lits. — *Médecin-directeur* : M. Bigot; *médecins-adjoints* : MM. Brusque et Rey; *pharmacien en chef* : M. Thabuis. A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle peut contenir 112 lits. Cette colonie de Vaucluse est sous la direction du Dr Kéraval, médecin-adjoint remplissant les fonctions de médecin chef de service. L'agrandissement projeté de l'ensemble des bâtiments permettra d'y traiter 116 malades.

(1) Depuis quelques années, on a jugé bon de réunir en un seul le laboratoire du service de médecine de M. Labbé et celui du service de chirurgie de M. Sée, MM. Labbé et Horteloup conservant le leur. On avait besoin d'un logement pour un garçon; on n'a rien trouvé de mieux que de le loger dans l'ancien laboratoire de M. Sée. Actuellement, il n'y a donc plus que 3 laboratoires; encore n'y a-t-il que le local réservé pour le service de M. Lecorché qui puisse conserver ce nom. — En 1886, les internes ont eu bien de la peine pour obtenir quelques réactifs, quelques modestes instruments et trois ou quatre sortes de matières colorantes pour travaux histologiques.

Asile de Villejuif (Seine), 1.200 lits. — *Service médical* : médecin en chef (femmes), M. Briand; médecin en chef (hommes), M. Vallon. *Service administratif* : directeur administrateur, M. Barroux. — *Pharmacien en chef* : M. Requier.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs du Bureau central.

Médecins : MM. Gombault, Déjerine, Tapret, Barth, Letulle, Chauffard, Oulmont, De Beurmann, Muselier, Brissaud, Merklen, Faisans, Talamon, Ballet, Brault, Barié, Renault, Brocq, Comby, Chantemesse, Hirtz (Edgard), Gaucher.

Chirurgiens : MM. Blum, Reclus, Félizet, Richelot, Kirmisson, Schwartz,, Reynier, Segond, Quénu, Nélaton, Prengrueber, Campenon, Jalaguier, Brun, Routier, Marchant, Bazy.

Accoucheurs : MM. Champetier de Ribes, Dolèris, Auvard.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs; 2° de prosecteurs (voir Amphithéatre des hôpitaux, p. 362); d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements; 4° de pharmaciens; 5° d'internes en pharmacie. — Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

Externat. Art. 101. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes doit être âgé de 18 ans au moins et de 26 au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindra 26 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le règlement. Il doit produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de revaccination ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié ; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine. Néanmoins, les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce nouveau certificat, seront inscrits provisoirement sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externe au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée; 2° les certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 9. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (2).

Concours de 1880. — 1° *Anatomie* : Muscle psoas-iliaque; — Muscle fléchisseur commun des doigts; — Articulation coxo-fémorale ; — Clavicule; — Omoplate; — Articulation tibio-tarsienne ; — Muscles jumeaux et soléaire ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Os occipital ; — Configuration extérieure et rapports des poumons; — Artère carotide primitive; — Muscles fessiers; — Artère fémorale; — Biceps brachial ; — Diaphragme.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu : — Entorse ; — Administration du chloroforme; — Traitement de l'épistaxis; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë simple; — Saignée du bras ; — Symptômes de la rougeole régulière ; — Anthrax ; — Des appareils plâtrés; — Vaccination et vaccine ; — Symptômes de la pneumonie aiguë fran-

(1) Le concours de l'externat a lieu habituellement au commencement du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Voir les questions données au concours de 1872 à 1879, inclusivement dans le *Numéro des Etudiants* de 1883, 1884 et 1885.

© BIU Santé

Internes provisoires. — Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée.— L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. Nous reproduisons les questions écrites et orales données aux concours de 1880 à 1884, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. 1er concours (1880) : *Méninges*; — 2e concours (1880) : *Nerf de la 5e paire* (anatomie et physiologie) (1881) : *Nerf spinal* (anatomie et physiologie),—1881 : 1° *Signes et diagnostic de la pleurésie ; signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius ;* — 2° *Rougeole, fracture de la rotule.*— Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : Nerf pneumogastrique ; — Moelle épinière ; — 2e concours : Moelle épinière (anatomie et physiologie) ; — Artères du cerveau. Circulation cérébrale. Concours de 1882 : *Quatrième ventricule* (anatomie et physiologie). Concours de 1883 ; — cordon postérieur de la moelle (anatomie et physiologie). Les deux questions restées dans l'urne étaient ainsi conçues : nerfs du larynx ; — nerfs de la langue. — 1885 : Racines des nerfs rachidiens.

Questions orales. 1er concours (1880) : De *l'épilepsie. Plaie des artères*; — 2e concours (1881) : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : De l'insuffisance aortique ; Diagnostic de la hernie étranglée ; Signes et diagnostic de la pneumonie. Corps étrangers de l'œsophage. 3e concours (1882) : Variole; Signes et diagnostic de la fracture de côtes. Pneumonie franche ; Fracture du radius. — Concours de 1883. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; Etiologie, signes et diagnostic du phlegmon diffus ; — signes et diagnostic du cancer de l'estomac. — 1885 : Signes et diagnostic du cancer de l'estomac ;—Fractures compliquées des jambes ; — Des symptômes des épanchements liquides de la plèvre ; — Des hydarthroses du genou ; — Symptômes et complications de la fièvre scarlatine ; — Des fractures de côtes.

Les avantages matériels attachés à la situation d'internes dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui a demandé en vain que les internes des asiles fussent fournis par l'Assistance publique et appartinssent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage* (1). M. Hérold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable. En conséquence, il a pris l'arrêté suivant :

Article 1er. — Tous les deux ans, au commencement du mois de novembre, aura lieu entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, un concours pour l'obtention d'une bourse de voyage. — Art. 2. Seront admis à prendre part à ce concours tous les internes en exercice, ainsi que les internes ayant accompli 3 années d'internat dans les asiles de la Seine et qui en seraient sortis depuis moins d'un an, au jour de l'ouverture du concours.

Art. 3. — Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire au secrétariat général, bureau du personnel. La liste des candidats sera close trois mois avant l'ouverture du concours. — Art. 4. Le jury sera constitué au moins deux mois avant l'ouverture du concours. Il sera composé de sept membres, savoir : Un tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux ; Un tiré au sort parm les chirurgiens des hôpitaux. Cinq tirés au sort parmi les chef des services ci-après : 1° Le médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ; 2° le médecin en chef de l'asile de Vaucluse ; 3° les trois médecins en chef de Ste-Anne ; 4° le professeur de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris ; 5° les médecins des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière ; 6° les médecins honoraires des asiles du département et des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Art. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du jury seront tirés au sort par le Secrétaire général de la Préfecture assisté de deux membres de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés du département. Ce jury pourra, en outre, par une décision spéciale du Préfet, et, s'il y a lieu, être chargé du concours pour l'internat en médecine dans les asiles.

Art. 6. — Les fonctions de membre du jury sont obligatoires, on ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie d'un jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les concours. — Art. 7. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Art. 8. — Les épreuves du concours sont les suivantes : une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie pour laquelle il est accordé deux heures ; 2° une épreuve de clinique mentale. Il est accordé à chaque concurrent, pour l'examen du malade, dix minutes de réflexion et un quart d'heure pour l'exposition ; 3° le candidat remettra au jury un mémoire de pathologie basé sur les observations recueillies dans les services des aliénés pendant son internat

Art. 9. — Le résultat de ces épreuves sera noté par points. Le maximum des points à attribuer aux candidats est fixé de la manière suivante : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 30 points ; pour le mémoire, 40 points. Les points du mémoire seront donnés avant l'épreuve clinique.

Art. 10. — Les mémoires manuscrits devront être déposés avant le 15 septembre de l'année pendant laquelle aura lieu le concours, à la Préfecture de la Seine, service des aliénés. Ces mémoires seront aussitôt transmis au Président du jury du concours.

Art. 11. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. L'épreuve clinique peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

Art. 12. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par un des membres du jury. Tout candidat qui s'est servi, pendant sa composition, de livres ou de notes apportées à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a changé sensiblement le texte primitif, est exclu du concours. Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le membre du jury chargé de la surveillance. Elles sont lues publiquement par leurs auteurs, sous la surveillance à tour de rôle de l'un d'entre eux.

Art. 13. — A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 14. — Le montant de la bourse de voyage à accorder au candidat qui aura obtenu le plus grand nombre de points est fixé à deux mille francs.

Art. 15. — L'époque du premier de ces concours sera définivement arrêtée dès que le crédit nécessaire pour couvrir la dépense aura été voté par le Conseil général et inscrit au budget départemental.

Art. 16. — Le lauréat devra déposer à la Préfecture de la Seine, dans le délai d'une année à partir du 1er janvier qui suivra le concours, un rapport contenant ses appréciations sur l'organisation des asiles d'aliénés qu'il aura visités et sur les divers modes de traitement en usage dans ces établissements.

Art. 16. — Le lauréat qui n'aurait pas terminé son stage d'interne, ne jouira de la bourse de voyage qu'après avoir accompli ses trois années d'internat dans les asiles de la Seine.

Art. 18. — Le Secrétaire général de la Préfecture et le Sous-Directeur des affaires départementales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont ampliation sera adressée aux Directeurs des asiles de la Seine. Le premier concours a eu lieu le 22 novembre dernier.

Les concours pour la bourse de voyage ont eu lieu, savoir : le premier concours, le 23 novembre 1882 : M. le Dr Briand a obtenu la bourse avec 82 points, sur un maximum de 100; — le deuxième, le 3 novembre 1884 : M. Vetault, interne à Ste-Anne, a obtenu la bourse avec 83 points ; — le troisième concours a lieu à la fin de novembre de cette année.

CONCOURS *pour la nomination à cinq places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de Police).* — Le lundi 6 décembre 1886, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*). — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*, depuis le jeudi 29 octobre jusqu'au samedi 14 novembre 1885, inclusivement.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Les internes de cet établisse-

***

(1) Il est vivement à désirer que la *médaille d'or des hôpitaux* soit également remplacée par une *bourse de voyage*; on pourrait faire trois divisions comprenant, l'une les internes qui se destinent à la *médecine*, la seconde ceux qui veulent s'adonner à la *chirurgie*, la troisième les internes qui se destinent aux *accouchements et à la gynécologie*.

© BIU Santé

ment sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions, n° 27, p. 564, 1886.)

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Thérapeutique infantile. — M. le Dr Jules Simon recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 17 novembre à 9 heures. Consultation clinique le samedi. — *Chirurgie des enfants. Orthopédie.* — M. le Dr de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques le 25 novembre à 9 heures. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi. — *Clinique médicale.* — M. le Dr A. Ollivier, agrégé de la Faculté, recommencera les conférences cliniques le lundi 22 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure. Lundi : Leçon à l'amphithéâtre. Vendredi : Leçon au lit du malade. Jeudi : Consultation publique. Mardi : Policlinique (salle Sainte-Elisabeth), médecine générale infantile. Samedi : Policlinique (salle Sainte-Anne), teignes et maladies de la peau. — *Cours de pathologie et de clinique infantiles.* — M. le Dr Descroizilles commencera ses leçons le vendredi 12 novembre à 9 heures, à l'Amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. Le mardi à la consultation, conférence de thérapeutique.

Hôpital Cochin.— Clinique thérapeutique. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz fait pendant le *semestre d'été* un cours de clinique thérapeutique les lundis, mercredis, vendredis, à 10 heures, à l'hôpital Cochin. Le lundi est réservé à une leçon de MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs du laboratoire, et le vendredi à une leçon d'un des internes attachés au service. Visite et interrogatoire au lit des malades tous les jours, à 9 h. 1/2. Un laboratoire de thérapeutique est à la disposition des élèves qui veulent faire des travaux spéciaux sur ce sujet.

Hôtel-Dieu. — Clinique des maladies des femmes. — M. le Dr T. Gallard continue dans cet établissement les leçons de clinique médicale et de gynécologie qu'il a inaugurées, il y a 20 ans, à la Pitié. Les leçons, qui sont plus spécialement consacrées à l'étude des *maladies des femmes*, ont lieu le mardi et le samedi, à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. Les autres jours, les élèves sont exercés au diagnostic et à l'interrogatoire des malades dans la salle Sainte-Marie. Le jeudi est réservé pour la consultation des malades de l'extérieur et l'examen au spéculum. La première leçon aura lieu dans le courant de novembre. L'administration de l'Assistance publique vient d'installer un amphithéâtre spécial pour la gynécologie, à l'entrée des salles de consultations de l'hôpital. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 8 novembre à 10 heures et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Hôpital Lariboisière. — Clinique des maladies du larynx et des maladies professionnelles. — Dans le service de M. le professeur Proust, le mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, les élèves sont exercés au maniement du laryngoscope. Le vendredi à 10 heures, leçon clinique par le professeur sur la laryngologie ou les maladies professionnelles.

Hôpital de Lourcine. — Clinique gynécologique et syphiligraphique. — M. le Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra, le mercredi 9 novembre, à 9 heures, ses leçons cliniques. Le mardi, à 9 heures, consultation et traitement externe. — *Nota* : MM. les étudiants en médecine recevront, pour assister à la visite des malades et au cours, une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

Hôpital de la Charité. — A partir du 1er janvier M. le Dr Luys fera, chaque semaine, un cours sur la structure du cerveau et sur les maladies du système nerveux.

Hospice de la Salpêtrière. — Conférences cliniques sur les maladies mentales et leur thérapeutique. M. Auguste Voisin fera un cours le dimanche à la Salpêtrière, au mois de janvier 1886. — *Cours public des maladies mentales.* M. le Dr Falret commencera son cours le dimanche 8 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure. Le jeudi à 9 heures, examen clinique. *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Terrillon fera, pendant l'été des leçons cliniques sur les affections chirurgicales et tumeurs de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, les mercredis à dix heures, à la Salpêtrière, opération le samedi pendant toute l'année.

Hôpital Bichat.— Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. — M. le Dr Henri Huchard fait tous les ans, à partir du mois d'avril ces leçons tous les dimanches à dix heures à partir du mois de mars 1886. De plus, le service est pourvu d'un *laboratoire de recherches thérapeutiques* pour les élèves de l'hôpital et du dehors qui veulent expérimenter l'action des médicaments.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau : M. le Dr Emile Vidal. — Le mercredi à 9 heures 1/2 conférence clinique, le mardi à 9 heures consultation, le jeudi à 9 heures 1/2, traitement chirurgical des maladies de la peau : lupus, couperose, chéloïdes, etc.—*Clinique chirurgicale* : M. Péan, cours et opérations le samedi à 9 heures.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* le dimanche 15 novembre, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les dimanches et les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la Folie. Après desconsidérations générales sur les diverses formes de la folie, les leçons porteront plus particulièrement cette année sur la *manie* et la *mélancolie*. Les élèves et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis sur la présentation de leur carte.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Mr le Dr Baratoux, 17, rue Séguier. Mardi et samedi, de 3 1/2 à 6 heures. Examen des malades et exercices pratiques. — Conférences cliniques sur l'otologie et la laryngologie à partir de novembre.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Le Dr Ch. Fauvel a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis, à 10 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr Coupard, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. Miot, 41, rue Saint-André-des-Arts : Leçons cliniques les lundis et mercredis, à 1 heure. — Consultations les lundis, mardis, mercredis et vendredis.

Policlinique de chirurgie des femmes. — M. le Dr Berrut, rue de Grenelle-Saint-Germain, 151, du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à 9 heures : Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte; à 10 heures, consultations ouvertes aux élèves inscrits. La première leçon aura lieu le jeudi 4 novembre 1886.

Eaux minérales. — M. le Dr Durand-Fardel fera un cours sur les *Eaux minérales et leurs applications au traitement des maladies chroniques*. Ce cours, qui commencera dans le courant de janvier, sera fait en 12 leçons, les mardis et samedis, à 5 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Hygiène publique. — M. le Dr A.-J. Martin fait son cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été. Sera annoncé ultérieurement.

Ophthalmologie. — M. le Dr Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie à sa clinique, 172, boulevard Saint-Germain, le mardi 9 novembre, à 2 heures; il les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope et assistent aux opérations.

Ophthalmologie. — M. le Dr Landolt fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de 1 h. à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. — Il fera, de plus, pendant le second semestre, un cours pratique de « chirurgie oculaire » à l'Ecole pratique de la Faculté.

Maladies des yeux et des oreilles. — M. le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera le lundi 9 novembre, à 3 heures, un cours élémentaire et complet d'ophthalmologie à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les lundis et vendredis, à la même heure.

Maladies des yeux. — M. Coursserant, 19, rue du Dragon. Consultations publiques, tous les jours, à 1 heure, à sa clinique. Examens ophthalmoscopiques et conférences cliniques le vendredi, à 2 heures.

Maladies des yeux. — M. le Dr Dehenne, 24, rue Monsieur-le-Prince. Tous les jours, visites des malades ; lundi et jeudi, leçons cliniques et opérations à 1 heure 1/2.

Conférences publiques sur l'Oculistique. — M. le Dr Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, continue ses conférences tous les lundis, à 1 heure de l'après-midi, à la clinique de l'Institut ophthalmique de la rue d'Abbeville. Il traitera du diagnostic et du traitement des affections oculaires.

Maladies des yeux. — M. le Dr A. Chevallereau. Examen des malades et exercices pratiques tous les jours, à la clinique, à midi, 14, rue de Birague. Opérations les mercredis et vendredis.

Clinique ophthalmologique (hospice national des Quinze-Vingts). Rue Moreau, 13, près de la Bastille. — Consultation, examen des

© BIU Santé

malades et opérations tous les jours de midi à 2 heures, par M. le Dr Fieuzal, médecin en chef, et par M. le Dr Trousseau, médecin en second.

Clinique ophthalmologique du Dr Galezowski, 26, rue Dauphine. — Les conférences cliniques sur les maladies des yeux ont lieu tous les jours, de 1 h. à 3 h. Les lundis, les jeudis et les samedis sont consacrés aux opérations et à l'étude des maladies externes des yeux ; les mercredis à l'examen ophthalmoscopique, et les vendredis à la réfraction et à l'accommodation de l'œil. — Pendant le semestre d'hiver de 1886-1887, le Dr Galezowski fera un cours public sur les maladies des yeux à l'Ecole pratique de la Faculté. Ce cours comprendra une étude sur les relations qui existent entre les maladies des yeux et le cerveau.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard Meyer, 30, rue d'Assas. — Consultations et policliniques tous les jours, à 1 h. Conférences cliniques sur des cas choisis et opérations, les lundis et vendredis, à 1 heure, par M. Meyer. Tous les jeudis, à midi, cours public de chirurgie oculaire par M. Virgile Caudron, chef de clinique, qui mettra à la disposition des élèves les instruments nécessaires et leur fera répéter toutes les opérations usuelles. – Les mercredis et samedis : Réfraction et ophthalmoscopie. Exercices pratiques, M. Debierre.

Maladies des yeux. — M. le Dr Parinaud. Clinique, 50, avenue de Clichy. Consultations tous les jours à 1 heure. Conférences et démonstrations le mardi et le vendredi. Cabinet d'ophthalmologie de la Salpêtrière, service de M. Charcot, le mercredi à 9 heures.

Ophthalmologie. Médecine opératoire. — M. le Dr Gillet de Grandmont. Les élèves seront exercés à la pratique des opérations. Ce cours commencera le 16 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3, et il sera continué les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Le Dr Gillet de Grandmont fait aussi un cours pratique tous les jours à sa clinique, 21, rue de l'Ancienne-Comédie, de 1 heure à 3 heures.

Cours complet d'accouchements en 40 leçons, par M. le Dr Boissard, chef de clinique, adjoint à la clinique d'accouchement et M. P. Berthod, interne des hôpitaux de la Maternité. — Ce cours a lieu tous les jours à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. — MM. les Etudiants sont exercés au diagnostic des présentations et positions, au diagnostic des rétrécissements du bassin, et aux opérations obstétricales. Ce cours commencera le jeudi 4 novembre à 4 h. 1/2.

Cours d'accouchements. — Le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux, commencera son cours d'accouchement, à l'Ecole pratique de médecine, amphithéâtre n° 3, le mardi 16 novembre à 3 h. 1/2 du soir et les continuera les mardi, jeudi et samedi à la même heure.

Accouchements. — M. le Dr Fournel fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à 5 heures. Les élèves sont exercés au *toucher*, aux *manœuvres* et *opérations* obstétricales. Un nouveau cours commencera le 8 novembre. S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au Dr Fournel, 7, rue de la Michodière, lundi, mercredi, vendredi de 2 heures à 3 h. 1/2, ou au concierge du cours.

Maladies des enfants. — M. le Dr Bouchut, médecin honoraire de l'hôpital des enfants malades, fera son cours durant l'été, le lundi et le mercredi à 4 heures, 16, rue de l'Odéon.

Maladies des femmes. — M. le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 8 novembre, à 1 heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Technique microscopique (Manipulations pratiques). – Ce cours (particulier) a lieu d'une façon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, dans le laboratoire du Dr Latteux, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent *eux-mêmes* toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des préparations, dissections fines, injections histologiques, coupes fines, recherches des bacilles, etc.). Chaque élève prépare une collection de pièces microscopiques, qui lui servent de types et qu'il emporte, comme preuve de son travail, le cours terminé. — Le cours comprend trente leçons. — Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à 2 heures. Leçons particulières.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Dubuc fera un cours complet de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. Affections de l'urèthre, de la prostate, de la vessie ; affection calculeuse et lithotritie. Ce cours comprendra 35 leçons environ, aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. Picard commencera un cours gratuit le lundi 8 novembre, à 5 h., 13, rue Suger, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Maladies de la peau. — M. le Dr Henri Roussel fait une conférence clinique sur les maladies de la peau, tous les vendredis, à 4 h., 62, rue Tiquetonne. — Examen des malades les lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 5 h.

Ecole pratique. — Electrothérapie et gynécologie. — M. le Dr Apostoli fera un cours tous les mercredis à 3 heures.

Clinique gynécologique et électrothérapique, 19, rue du Jour (aux Halles). — M. le Dr Apostoli fera tous les jeudis, à 3 heures, une *leçon clinique* avec examen de malades. — Consultations gratuites et publiques les mardis, jeudis et samedis, de 2 à 5 heures.

Embryogénie et tératogénie. — M. le Dr Dareste commencera ses conférences au laboratoire de tératologie (15, rue de l'Ecole-de-Médecine) au printemps de 1887. L'ouverture de ces conférences sera annoncée par une affiche spéciale. — En dehors des conférences, le laboratoire est ouvert à toutes les personnes qui désirent s'occuper d'études d'embryogénie. Tous les instruments du laboratoire, ainsi que toutes les pièces de la collection (aujourd'hui très nombreuses), sont mis à la disposition des élèves. La seule condition que l'on demande aux élèves est de se conformer au règlement de l'Ecole des hautes études.

Chirurgie dentaire. — M. le Dr Aguilhon de Sarran reprendra son cours spécial pour les élèves en médecine, dans la seconde quinzaine de janvier 1886, à sa clinique, 13, rue Suger. La date sera fixée ultérieurement.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, continuera probablement à s'occuper du mécanisme de la sécrétion, les mercredis et vendredis, à 5 heures. Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur aidé de M. Suchard, préparateur.

Laboratoire d'histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. Ranvier, directeur ; M. Malassez, directeur-adjoint ; MM. Darier, Vignal, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. On s'y inscrit chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale. — M. Brown-Séquard, professeur, en congé, sera remplacé cet hiver par M. d'Arsonval, qui traitera de la chaleur animale, les mardis et vendredis à 4 h. 1/2. — Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de physique biologique. — M. d'Arsonval, directeur ; n'est pas public.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur en congé, sera remplacé cet hiver par M. François Franck qui fera l'étude expérimentale des réactions normales et pathologiques de la sensibilité organique, les lundis et vendredis à 4 h. 1/2.

Laboratoire de physiologie (Ecole pratique des hautes études). — M. Marey, directeur ; M. François-Franck, directeur-adjoint. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches, surtout destiné aux personnes qui, ayant déjà quelque habitude des manipulations physiologiques, veulent étudier les phénomènes de la circulation et du mouvement, au moyen des appareils enregistreurs.

Cours d'embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, traitera de l'évolution des micro organismes animaux et végétaux, des pathogènes en particulier, les mardis et samedis à 1 h. 1/2. Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours par le professeur, aidé de M. Henneguy, préparateur.

Cours de chimie organique. — M. Berthelot, professeur, fera son cours, les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2.

Cours de chimie minérale. — M. Schützenberger, professeur, traitera de l'analyse, les mercredis et samedis, à 1 h. 1/2.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Schützenberger sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre ; nous compléterons en temps voulu et corrigerons, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

© BIU Santé

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Premier Semestre. — Les Cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 8 novembre 1886, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. — Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il traitera de différents sujets; il étudiera en particulier la théorie des formes quadratiques et ses applications à la géométrie.

Calcul différentiel et Calcul intégral. — Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. Picard, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le lundi 8 novembre. Il exposera les principes généraux du Calcul différentiel et du Calcul intégral et étudiera leurs applications analytiques et géométriques comprises dans le programme de la licence.

Mécanique rationnelle. — Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Appell, professeur, ouvrira la première partie de ce Cours le mercredi 10 novembre. Il traitera de la composition des forces et des lois générales de l'équilibre et du mouvement.

Astronomie mathématique et mécanique céleste. — Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. Tisserand, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera de la théorie générale des perturbations.

Calcul des probabilités et Physique mathématique.—Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. Poincaré, professeur, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera dans la premier semestre de la théorie du potentiel et de ses principales applications.

Mécanique physique et expérimentale. — Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M. Boussinesq, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera de la mécanique des fluides.

Physique. — Les mardis et samedis à 1 h. 1/2. M. Bouty, professeur, ouvrira ce Cours le mardi 9 novembre. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie.— Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, professeur, ouvrira ce Cours le lundi 8 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie ; il fait l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie.—Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3.—Les mercredis et vendredis à 2 h. 1/2. — M. Debray, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

Chimie biologique. — Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. Duclaux, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre, dans l'amphithéâtre de mathématiques. Il traitera de l'étude des propriétés biologiques des microbes, et spécialement des antiseptiques.

Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera de l'anatomie comparée et de la physiologie. Il étudiera d'abord un type pouvant servir de terme de comparaison dans les considérations générales qui s'étendent au règne animal.

Physiologie. Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, 18. — Les lundis et vendredis à 3 h. 1/2.—M. Paul Bert, professeur. M. Dastre, professeur adjoint, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera de la physiologie générale et comparée de la digestion, de la sécrétion et de la nutrition. Les expériences qui ne trouveront point place dans le cours même seront exécutées devant les élèves dans des conférences pratiques qui auront lieu le jeudi.

Cours Annexe.

Géographie physique. — Le samedi, à 1 heure. M. Velain, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le samedi 20 novembre. Il traitera principalement du relief terrestre; des rapports entre la forme et la nature du sol et des phénomènes qui modifient incessamment la surface du globe.

Conférences.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 15 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques. — M. Raffy, maître de conférences fera des conférences sur le Calcul différentiel et le Calcul intégral, les mardis et samedis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — Les conférences d'agrégation auront lieu les mardis et les jeudis, à 4 h. 1/2, dans l'amphithéâtre de mathématiques. M. P. Puiseux, maître de conférences, fera des conférences sur la mécanique et l'astronomie, les lundis et vendredis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2).

Sciences physiques. — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. Pellat, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par MM. les professeurs Bouty et Lippmann; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de physique. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures (laboratoire d'enseignement de physique). M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique, les mardis, à 10 h. 1/2, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray les samedis à 10 heures 1/2, (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le laboratoire. — M. Salet, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, dans la salle des Conférences, à 3 h. 1/2, des conférences sur différents points de chimie organique (salle des conférences). — M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures, au laboratoire de la rue Michelet, n° 3. — Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures. — Manipulations de chimie, le mercredi, pour les candidats à l'agrégation, de 1 heure à 5 heures ; le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des collèges. — M. Jannettaz maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

Sciences naturelles. — M. J. Chatin, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur. M. Pruvot, maître de conférences, fera, les jeudis (amphithéâtre d'histoire naturelle), à 3 heures et les samedis, à 10 heures, au laboratoire de zoologie, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur : —M. Vesque, maître de Conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et les jeudis, à midi, des Conférences ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le Professeur N... Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations. — M. Velain, maître de conférences, fera, dans la salle des Conférences, les lundis et jeudis, à 9 heures, des conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de la géologie indiqués par M. le professeur. — Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures et demie.

Le mardi, à 1 heure, dans la même salle, conférence de géographie physique.

Professeurs honoraires : MM. Pasteur et Duchartre.

Jours et heures des cours et des conférences.

Lundi : MM. Picard (Amph. d'Hist. Natur.), 8 h. 1/2 ; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h.; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Velain (Salle des Conférences), 9 h. ; Chatin (Amph. d'Histoire natur.), 10 h.; Poincaré (Amph. de Mathém.), 10 h. 1/2; Vesque (Salle des Conférences), 12 h. ; Troost (rue Michelet, 3) ; 1 h. ; P. Puiseux (r-de-ch , esc. n° 2), 3 h. ; Dastre (rue de l'Estrapade, 18), 3 h. 1/2 ; Pellat (Lic., Amph. de physique), 4 h.; Joly (Agrégation, Laboratoire), 5 h.

Mardi : MM. Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 1/2 ; Jannettaz (Laboratoire de Minéralogie), 8 h. 1/2; Tisserand (Amph. de Mathémat), 10 h. 1/2 ; Joly (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 10 h. 1/2 ; Velain (Salle des Conférences). 1 h. ; Bouty (Amph. de Physique), 1 h. 1/2 ; Duclaux (Amph. de Mathémat.), 2 h. 1/2 ; Raffy (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 3 h.; De Lacaze-Duthiers (Amphit. d'Hist. naturelle), 3 h. 1/2 ; Salet (Salle des Conférences). 3 h. 1/2; Raffy (Agrég. Amph. de Math.), 4 h. 1/2.

Mercredi : MM. Appell (Amph. d'Histoire natur.), 8 h. 1/2; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h.; Riban (rue Michelet, 3), 9 h.; Darboux (Amph. de Mathémat), 10 h. 1/2; Riban (rue Michelet, 3), 1 h.; Debray (rue Michelet, 3), 2 h. 1/2.

Jeudi : MM. Pellat (Agr. Labor. de Phys.), 8 h.; Picard (Amph. d'Hist. naturelle), 8 h. 1/2; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h.; Riban (rue Michelet, 3), 9 h.; Velain (Salle des Conférences). 9 h.; Chatin (Amph. d'Histoire natur.), 10 h.; Poincaré (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2; Vesque (Salle des Conférences), 12 h.; Troost (rue Michelet, 3), 1 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 1 h.; Duclaux (Amph. de Mathémat.), 2 h. 1/2 ; Pruvot (Amph. d'Hist. naturelle), 3 h.; Pellat (Lic., Amph. de Physique), 4 h.; Raffy (Agrég. Amph. de Math.), 4 h. 1/2; Joly (Agrég. Laboratoire), 5 h.

Vendredi : MM. Pellat (Agr. Labor. de Phys.), 8 h. ; Appell (Amph. d'Histoire naturelle), 8 h. 1/2; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h.; Riban (rue Michelet, 3), 9 h.; Darboux (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2; Debray (rue Michelet, 3), 2 h. 1/2; P. Puiseux (rez-de-ch., esc. n° 2), 3 h.; Dastre (rue de l'Estrapade, 18), 3 h. 1/2.

© BIU Santé

Samedi : MM. Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 1/2 ; Jannettaz (Laboratoire de minéralogie), 8 h. 1/2 ; Pruvot (Laboratoire de Zoologie), 10 h. ; Tisserand Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Joly (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 10 h. 1/2 ; Velain (Amph. d'Histoire natur.), 1 h. ; Boutv (Amph. de Physique), 1 h. 1/2 ; Raffy (Lic., r.-de-ch., esc. n° 2), 3 h. ; De Lacaze-Duthiers (Amphit. d'Histoire naturelle), 3 h. 1/2 ; Salet (Salle des Conférences), 3 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'Algèbre supérieure, par M. Hermite ; — de calcul intégral, par M. Picard ; — d'astronomie physique, par M. O. Bonnet ; — de mécanique, par M. Appell ; — de physique mathématique, par M. Poincaré ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. Boussinesq ; — de physique (seconde partie), par M. Lippmann ; — de chimie organique, par M. Friedel ; — de minéralogie, par M. Hautefeuille ; — de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. N... ; de botanique, par M. N... ; — de géologie, par M. Hébert ; — de physique céleste (cours annexe), par M. Wolf, professeur adjoint.

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté ; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions.

Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une, le 10 juillet 1887 ; l'autre, le 25 octobre 1887. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en octobre et novembre 1886 ; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1887. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

INSTITUT D'ANTHROPOLOGIE.

Le siège de cet Institut est rue de l'Ecole-de-Médecine. 15, dans le même bâtiment que le musée Dupuytren. Il comprend réunis dans le même local :

I. Société d'anthropologie de paris. — Cette Société tient ses séances le 1er et 3e jeudi de chaque mois, à 3 heures. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie surtout préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'étude de l'homme.

Président, pour 1885, M. Hamy ; *secrétaire général*, M. Topinard. — Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

II. Ecole d'anthropologie. — XIe année : 1886-1887. *Semestre d'hiver.* — Ouverture des cours le mercredi 3 novembre 1886, à 5 heures, au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Anthropologie générale. — Professeur : M. Paul Topinard, le mardi 9 novembre 1886, à 4 heures, et les mardis suivants. — Parallèle des caractères de supériorité et d'infériorité des races humaines.

Ethnologie. — Professeur : M. E. Dally, suppléé par M. L. Manouvrier, professeur-adjoint, le vendredi 5 novembre 1886, à 4 heures 1/2, et les vendredis suivants. — Différences des races humaines au point de vue de la description et des mensurations du corps. — Ethnologie artistique.

Anthropologie préhistorique. — Professeur : M. G. de Mortillet, le lundi 8 novembre 1886, à 8 heures 1/2 du soir, et les lundis suivants, avec projections. — Origine des arts, de l'agriculture et de l'industrie.

Géographie médicale. — Professeur : M. A. Bordier, le samedi 6 novembre 1886, à 4 heures 1/2, et les samedis suivants. — Le milieu intérieur dans la série des êtres et dans les races humaines. — Pathologie comparée.

Histoire des civilisations. — Professeurs : M. C. Letourneau, le lundi 8 novembre 1886, à 4 heures, et les lundis suivants. — L'évolution du mariage et de la famille.

Anthropologie anatomique. — Professeur-adjoint : M. G. Hervé, le mercredi 3 novembre 1886, à 5 heures, et les mercredis suivants. — Anatomie de l'homme et des animaux supérieurs : le cerveau.

Semestre d'été. — *Anthropologie zoologique* ; Anthropologie et Embryologie comparée des vertébrés. — Professeur : M. Mathias Duval. Affiche ultérieure. Les cours sont publics. La bibliothèque et le musée d'anthropologie (musée Broca), sont ouverts au public les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des cours pour l'année classique 1886-1887.

Cours du premier semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. Frémy, professeur. — Le professeur étudiera cette année les principaux métaux. Ce cours aura lieu le Mercredi, à deux heures et demie. Conférences deux fois par semaine. Manipulations tous les jours.

Cours de physique végétale. — M. Georges Ville, professeur. — Le cours comprendra deux parties. Dans la première, le professeur traitera des conditions physiques et chimiques qui déterminent la production des végétaux. — Dans la seconde, le professeur traitera de la fabrication des engrais chimiques et de leur application raisonnée. Il s'occupera en particulier des modes de culture les plus propres à porter le rendement des récoltes de céréales à la limite la plus élevée. Ce cours aura lieu les Lundis et Vendredis à trois heures.

Cours de botanique. — (*Organographie et physiologie végétale*). M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera des éléments de la Botanique générale. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à huit heures et demie.

Cours d'anatomie comparée. — M. G. Pouchet, professeur. — Le professeur exposera l'anatomie des Protozoaires, des Cœlentérés, des Echinodermes, des Vers et des Mollusques.

Les leçons auront lieu les Mardi, Jeudi et Samedi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon.

Cours de zoologie. — Reptiles, batraciens et poissons. M. Léon Vaillant, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des poissons de l'époque actuelle et fossiles, en s'attachant à faire connaître les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure. Elles seront complétées par des Conférences pratiques.

Cours de zoologie. — Animaux articulés. — M Emile Blanchard, professeur. — Le professeur traitera en particulier des métamorphoses et du développement des Crustacés et des Arachnides et présentera certaines considérations relatives à la distribution des êtres à la surface du globe.

Cours de zoologie. — Annélides, mollusques et zoophytes. — M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur traitera des Protozooaires, des Eponges, des Cœlentérés et des Echinodermes. Ce cours aura lieu le Mercredi et le Vendredi, à deux heures trois quarts.

Cours de culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur traitera des maladies des végétaux cultivés. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours du second Semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. Chevreul, professeur — Le professeur commencera ce cours dans le courant du mois de mai Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à dix heures. Application des connaissances chimiques à la physiologie des plantes et des animaux. — Animaux au point de vue de la nutrition, préparation des aliments. Notions sur la cuisson. — Poissons, virus, médicaments, — Plantes au point de vue de la physiologie, assimilation du carbone. — Considération du sol. — Fumiers, préparation. — Amendements et engrais considérés au point de vue complémentaire. — Engrais dits chimiques ; ce qu'ils sont réellement.

Cours de physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. Ed. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et naturels. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à 1 heure.

Cours de géologie. — M. Daubrée, professeur. — Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des phénomènes mécaniques qui ont agi sur l'écorce terrestre, ainsi que des dépôts métallifères. Il exposera aussi l'histoire géologique du fer. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à quatre heures et quart.

Cours de minéralogie. — M. des Cloizeaux, professeur. — Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des métaux. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à quatre heures trois quarts. Des conférences auront lieu le Jeudi.

Cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Deherain, professeur. — Le professeur traitera de la terre arable et des amendements : constitution des terres arables ; drainage ; irrigations ; épuisement des terres arables par la culture ; fermentations qui se produisent dans les sols ; chaulage des terres arables. — Les méthodes analytiques employées dans les recherches de phy-

© BIU Santé

siologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le Laboratoire, rue de Buffon, 63; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à deux heures.

Cours de Botanique (classifications et familles naturelles). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur traitera des familles de plantes dicotylédones. Il examinera dans chaque famille les types actuellement vivants et ceux qui ont laissé des traces à l'état fossile. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à midi et demi. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de zoologie. — Mammifères et oiseaux. — M. A. Milne Edwards, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des oiseaux. Il aura lieu pendant le semestre d'été les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie. Il sera complété par des conférences faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

Cours de physiologie générale. — M. Rouget, professeur. — Le professeur traitera de la nutrition chez les végétaux et les animaux. — 1° les synthèses organiques. — La fonction chlorophyllienne. — Les substances glycogènes. — Les matières grasses. — Les substances azotées. — Le protoplasma. — 2° Formation, entretien et reproduction des éléments des tissus. — 3° les sécrétions. — Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis.

Cours de Paléontologie. — M. A. Gaudry, professeur. — Le professeur exposera l'histoire des animaux fossiles. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours d'anthropologie — M. de Quatrefages professeur. — Le professeur reprendra l'examen des questions générales de l'Anthropologie. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Cours de pathologie comparée. — M. N..., professeur (1).

Cours de dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Fremiet, pour les *Animaux*. — Ce cours, qui se fait pendant le second semestre, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à trois heures. — M. A. Faguet, pour les *Plantes*. — L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à 3 heures

La bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs, de 10 à 4 heures, tous les jours, excepté les Dimanches et Jours fériés.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Année scolaire 1886-1887. — *Cours du premier semestre.*

Directeur : M. Planchon.

Directeur honoraire : M. Chatin.

Professeurs honoraires : MM. Berthelot et Chatin.

Zoologie. M. A. Milne-Edwards, professeur, mardi, jeudi e samedi, à midi 1/2.— Zoologie. Histoire naturelle des animaux. Amphithéâtre du Sud.

Histoire naturelle des médicaments. M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. — Produits fournis par les familles depuis les Cryptogames jusqu'aux Labiées. Amphithéâtre du Nord.

Chimie minérale. M. Riche, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. — Généralités de la chimie. — Métaux. Amphithéâtre du Nord.

Physique. M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 3/4 — Propriétés générales ; chaleur, magnétisme et électricité. Amphithéâtre du Sud.

Pharmacie galénique. — M. Bourgoin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. — Eaux distillées. — Essences. — Saccharolés — Médicaments pour usage externe. Amphithéâtre du Sud.

Chimie analytique (cours complémentaire). M. Villiers, agrégé, lundi, mercredi, vendredi à 10 h. — Analyse qualitative. — Analyse quantitative des matières minérales. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la première année. Jungfleisch, pour la deuxième année. N..., pour la troisième année (micrographie). — M. Leidié, chef des travaux chimiques de 1re année. M. Lextrait, chef des travaux chimiques, de 2e année. M. Hérail, chef des travaux micrographiques. — 1re année. *Chimie.* — 2e année. *Chimie.* — 3e année. *Botanique.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 heures. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Résumé des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourgoin, 9 h. ; Villiers, 10 h. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4. ; Leroux, 2 h. 3/4. — Mercredis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourgoin, 9 h. ; Villiers, 10 heures. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4. ; Leroux, 2 h. 3/4. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourgoin, 9 h. ; Villiers, 10 h. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Leroux, 2 h. 3/4.

Cours du second semestre.

Toxicologie. M. N...., professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2. Généralités et procédés de recherches des divers poisons minéraux. Gaz anesthésiques, acides organiques, alcaloïdes et matières toxiques végétales ou animales. Applications du microscope et du spectroscope à la recherche des taches de sang, etc. Amphithéâtre du Nord.

Chimie organique. M. Jungfleisch, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/4. — Première partie du cours. — Généralités, carbures d'hydrogène, alcools, phénols, éthers, aldéhydes. Amphithéâtre du Nord.

Botanique cryptogamique. M. Marchand, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. — Généralités et champignons. Amphithéâtre du Nord.

Hydrologie et histoire des minéraux. M. Bouchardat, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. — Hydrologie et généralité de minéralogie. — Amphithéâtre du Sud.

Pharmacie chimique. M. Prunier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — Etude des composés minéraux, usités en pharmacie. Amphithéâtre du Sud.

Botanique phanérogamique. M. N..., professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient pour la 1re année à M. le professeur Riche ; pour la 2e année à M. le professeur Jungfleisch ; pour la 3e année (physique), à M. le professeur Leroux.— Pour la troisième année (micrographie) à M. le professeur N..., 1re année. *Chimie.* M. Leidié, chef des travaux chimiques. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 4 h. au Laboratoire.— 2e année. *Chimie.* M. Lextrait, chef des travaux chimiques. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. au Laboratoire. — 3e année. *Micrographie.* M. Hérail, chef des travaux micrographiques. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique.* Jeudi et samedi, de 1 h. à 4 h. aux Laboratoires. — 4e année. Les candidats au diplôme supérieur sont admis à tous les travaux et exercices utiles à leurs études. — 1re, 2e et 3e années : *Herborisations*, par MM. les professeurs de botanique.

Résumé des jours et heures des cours du 2e semestre. Lundis, MM. Jungfleisch, 4 h, 1/4 ; Bouchardat, 9 h. — Mardis : M. N..., 3 h. 1/2 ; Prunier, 8 h. 1/2 ; Marchand, midi 1/2 ; M. N..., 9 h. 1/2 ; Mercredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/4 ; Bouchardat, 9 h. — Jeudis : MM. N..., 3 h. 1/2 ; Prunier, 8 h. 1/2 ; Marchand, midi 1/2 ; N..., 9 h. 1/2 ; — Vendredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/4 ; Bouchardat, 9 h. — Samedis : MM. N..., 3 h. 1/2 ; Prunier, 8 h. 1/2 ; Marchand, midi 1/2 ; N..., 9 h. 1/2.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classe durent six années, savoir : trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité.

Le décret du 26 juillet 1885 règle comme il suit les conditions du stage et de la scolarité.

Stage. — Le stage officinal est constaté au moyen d'inscriptions. A Paris, les inscriptions sont délivrées au Secrétariat de l'Ecole tous les jours, le dimanche excepté, de midi à quatre heures.

Pour être admis à prendre la première inscription, le stagiaire doit avoir *seize* ans accomplis ; il produira : en vue de la 1re classe, le diplôme de bachelier ès sciences ou ès lettres complet ou de l'enseignement secondaire spécial ; en vue de la 2e classe, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de 3e année de l'enseignement secondaire spécial. Cet examen complémentaire sera exigible le 1er novembre 1886.

A dater du 1er novembre 1887, les candidats au grade de pharmacien de 2e classe devront produire le certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886.

L'inscription a lieu, dans le délai de quinzaine, sur la production d'un certificat de présence délivré par le titulaire de l'officine à laquelle le stagiaire est attaché ; toute période de stage irrégulièrement constatée est considérée comme nulle.

L'inscription doit être renouvelée tous les ans, au mois de juillet,

(1) Il est très regrettable que l'on n'ait pas encore pourvu à cette vacance, car il y aura *un an* le 30 novembre que M. Bouley est mort.

© BIU Santé

et régularisée à chaque changement d'officine par l'élève. — Le stagiaire acquitte un droit fixe de *un franc* par inscription.

Les stagiaires de 1re et de 2e classe qui justifient de trois années régulières de stage subissent un *examen de validation*, dont le programme est déterminé, devant un jury spécial qui siège à l'Ecole deux fois par an, aux mois de juillet-août et de novembre. La deuxième session annuelle s'ouvrira le mercredi 3 novembre 1886.

Aucun candidat ne peut se présenter pour l'examen de validation devant deux établissements différents pendant la même session. En cas d'infraction à cette disposition, le candidat peut être exclu à temps ou à toujours de toutes les Ecoles de Pharmacie.

Immatriculation. — L'élève qui commence ses études à l'Ecole doit déposer au secrétariat : 1° son acte de naissance ; 2° le certificat d'examen de validation de stage ; 3° pour la 1re classe, l'un des diplômes de bachelier exigés ; pour la 2e classe, l'un des certificats d'études ou d'examen de grammaire prévus par le décret du 26 juillet 1885 ; 4° s'il est mineur, le consentement de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques.

Les élèves sont tenus, en entrant, d'écrire eux-mêmes, sur un registre spécial, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte et celle de leur famille. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'élève qui fait une fausse déclaration est passible de la perte d'une ou de deux inscriptions.

Inscriptions de scolarité. — Les inscriptions de scolarité sont au nombre de douze et gratuites pour les deux classes. Elles seront délivrées, chaque trimestre, du 26 octobre au 10 novembre, du 3 au 17 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, aux jours et heures déterminés par le règlement intérieur de l'Ecole.

La première inscription doit être prise au trimestre de novembre. Les élèves ne peuvent, à aucun titre, prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire.

En aucun cas, les inscriptions de 2e classe ne peuvent être converties en inscriptions de 1re classe pour les élèves en cours d'études. Cette conversion peut être autorisée en faveur des pharmaciens de 2e classe qui ont exercé la pharmacie pendant un an au moinss

Travaux pratiques obligatoires. — Pendant les trois années de la scolarité, les élèves de 1re et de 2e classe sont tenus de prendre part aux travaux pratiques obligatoires, qui comprennent nécessairement la chimie minérale, organique et analytique, la toxicologie, la pharmacie, la minéralogie et la physique. Les herborisations sont également comprises dans les travaux pratiques.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et ceux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 40 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux.

Le candidat ajourné à un examen de fin d'année ne peut participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pu valider. — L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives.

Examens de fin d'année. — Les candidats de 1re et 2e classe subissent un examen de fin d'année après les 4e et 8e inscriptions ; en outre, ceux de 1re classe passent un examen semestriel après la 10e inscription.

Les examens de fin d'année ont lieu au mois de juillet ; l'examen semestriel dans la première quinzaine d'avril. Les candidats ajournés peuvent renouveler cette épreuve aux mois de juillet et de novembre. Ces examens portent sur les matières enseignées pendant l'année scolaire qu'ils valident. Tout étudiant ajourné à un examen de fin d'année ne peut être autorisé à changer d'Ecole avant d'avoir réparé son échec.

Examens probatoires. — Après la 12e inscription, les étudiants dont la scolarité est régulière, sont admis à subir les trois examens probatoires. Aucune dispense d'âge n'est exigée des candidats ; aucun délai n'est imposé entre chacun de ces examens subis avec succès. En cas d'échec, le délai d'ajournement est fixé à trois mois au minimum.

Les candidats au diplôme de 1re classe doivent subir les trois examens probatoires dans l'Ecole où ils ont accompli la troisième année de leur scolarité. Les aspirants au diplôme de 2e classe sont tenus de les subir devant la Faculté ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer. Le diplôme n'est délivré à l'impétrant qu'après ses vingt-cinq ans révolus.

Interruption des études. — En vertu de l'article 27 du décret du 30 juillet 1883, tout étudiant qui, sans motifs jugés valables par l'Ecole, néglige *pendant deux ans* de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. Le temps passé sous les drapeaux n'est pas compté dans le délai de péremption.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaciens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par un examen et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des grades de licencié précités ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse.

Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Perception des droits universitaires. — La perception des droits de bibliothèques et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature sont opérés à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivre à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande.

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer les mêmes opérations financières aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département (*Voir les instructions spéciales.*)

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses annuelles de pharmacien de 1re classe s'ouvrira à l'Ecole, le lundi 25 octobre Les candidats devront se faire inscrire à la Sorbonne jusqu'au 16 octobre, en produisant les pièces exigées.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures.

Salles de collections. Les salles de collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales.

Jardin botanique. — Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 7 heures du matin à 5 heures du soir en été, et de 8 heures à 4 heures en hiver.

Cours.—L'ouverture des Cours est fixée au mercredi 3 novembre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques à l'Institut tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celles des *sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections, et celles des *sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; — minéralogie ; — botanique ; — économie rurale ;— anatomie et zoologie ; — médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La section de médecine et chirurgie comprend MM. Gosselin, Marey, Paul Bert, Charcot, Richet et Brown-Séquard.

M. Vulpian, élu en 1886 secrétaire perpétuel, ne compte à aucune section.

La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. E. Blanchard, de Quatrefages, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne-Edwards. L'Académie devra prochainement compléter cette section par l'adjonction de deux membres, en remplacement de MM. H. Milne-Edwards et Ch. Robin, décédés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h. 1/2, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Les travaux de la Société embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, la physiologie pathologique, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont tout intérêt à suivre les séances de cette Société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'école et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que M. P. Bert, Ranvier, Malassez, Brown-Séquard, Mathias Duval, Hanot, d'Arsonval, Straus, Pouchet, Fr.-Franck, Grimaux, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, à 3 h. 1/2. Elle se compose de cent

© BIU Santé

membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent: anatomie et physiologie, 10; pathologie médicale, 13; pathologie chirurgicale, 10; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10; médecine opératoire, 7; anatomie pathologique, 7; accouchements, 7; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10; médecine vétérinaire, 6; physique et chimie médicales, 10; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante:

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale,—thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50; étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, — accouchements (correspondants nationaux, 24; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, — pharmacie (correspondants nationaux, 20; étrangers, 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire : M. Dureau; chef des bureaux : M. Chancre.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis, à midi précis. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Hardy.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 3 heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. — Le *Progrès médical* publie le compte rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires. — La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. — Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. — Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêt d'une somme de 10,000 fr.) La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La *Société médicale des hôpitaux* se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures et demie. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets à l'ordre du jour. En outre, tous les trois mois, le secrétaire général lit des rapports fort bien faits sur les maladies régnantes dans le trimestre précédent. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*. — Président pour l'année 1886, M. Guyot; vice-président, M. Féréol; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires des séances, MM. Legroux et Barth; trésorier, M. R. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

La *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, fondée depuis dix ans pour étudier et vulgariser toutes les questions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances publiques 3, rue de l'Abbaye, le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir. Ses travaux sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*, et réunis en 1 volume à la fin de chaque année.

La *Société de médecine publique* a organisé le congrès d'hygiène de Paris en 1878. Elle a pris une part active aux congrès de Turin (1880), Genève (1882), La Haye (1884). C'est à son instigation qu'une section d'hygiène et de médecine publique a été créée à l'Association française pour l'avancement des sciences. Elle a organisé cette année, avec le concours du Conseil municipal de la ville de Paris une intéressante exposition d'hygiène urbaine à la caserne Lobau.

Elle distribue des médailles de vermeil, d'argent et de bronze aux auteurs des meilleures thèses soutenues devant les Facultés de médecine sur des sujets relatifs à l'hygiène. Ces thèses doivent être envoyées au secrétaire général avant le 31 décembre de chaque année.

Le nombre des membres de cette Société, déjà considérable, est illimité. Les médecins, les architectes, les ingénieurs, les industriels, les économistes, tous ceux enfin dont les travaux touchent aux grandes questions d'hygiène publique et sociale sont admis à en faire partie. Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience des référés. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

Ces séances constituent de très intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins, trouveraient grand intérêt à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître neuf volumes de Bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé, pendant l'Exposition universelle de 1878, un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux ont été publiés en un volume distinct des Bulletins de la Société et imprimé à l'imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Le *Progrès médical* a l'habitude de publier l'ordre du jour de chaque séance dans le n° qui la précède.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3; la *Société française d'hygiène*,

© BIU Santé

etc., dont le siège est au n° 44 de la rue de Rennes, tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois ; la *Société de psychologie physiologique*, présidée par M. Charcot, dernier lundi de chaque mois, à huit heures du soir; la *Société de médecine clinique*....

Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les Sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Année 1886-1887.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale. — MM. Kelsch et Laveran.
Clinique chirurgicale. — M. Servier, professeur.
Clinique des maladies vénériennes et cutanées. — M. Poncet, professeur.
Clinique ophthalmologique. — M. Chauvel, professeur.

Cours.

Épidémiologie. — M. Kelsch, professeur.
Blessures par armes de guerre. — M. Servier, professeur.
Anatomie et opérations chirurgicales. — Poncet, professeur.
Expertise médicale appliquée au service militaire. — M. Chauvel.
Hygiène et administration, médecine légale militaires. — M. Laveran, professeur.
Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. Marty, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences de clinique médicale, — M. Lubanski, prof. agrégé.
Conférences de clinique chirurgicale. — M. Chavasse, agrégé.
Travaux anatomiques. — M. Nimier, professeur agrégé.
Exercices de médecine opératoire. — M. Vautrin, prof. agrégé.
Exercices d'ophthalmoscopie. — M. Vautrin, professeur agrégé.
Conférences d'hygiène et de médecine légale militaires. — M. Richard, professeur agrégé.
Conférences et exercices d'anatomie pathologique. — M. Vaillard, professeur agrégé.
Conférences d'épidémiologie — M. Vaillard, professeur agrégé.
Petite chirurgie, bandages et appareils. — M. Chavasse, professeur agrégé.
Manœuvres d'ambulance. — M. Nimier, professeur agrégé.
Manipulations chimiques. — M. Raby, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. Marty, professeur.
Hygiène et administration militaires. — *Médecine légale militaire.* — M. Laveran, professeur.
Pharmacie militaire et comptabilité. — M. Raby, prof. agrégé.

Nota. — Par autorisation du Ministre de la guerre, les élèves civils peuvent être admis à suivre les cours de l'école; à cet effet, ils devront se présenter à M. le Directeur, qui leur remettra des cartes d'entrée.

Les étudiants en médecine et en pharmacie, engagés conditionnels, qui doivent accomplir en 1886-87 leur année de volontariat et qui ne possèdent pas encore le certificat d'aptitude de médecine auxiliaire prévu par la circulaire Ministérielle du 12 octobre 1886, sont informés qu'une *nouvelle session* d'examens pour l'obtention de ce certificat aura lieu le 12 novembre prochain. Les candidats devront se faire inscrire avant le 11 novembre à la direction du service de santé du gouvernement de Paris, 50, rue de Bourgogne.

La date du 1er novembre qui avait été tout d'abord fixée comme extrême limite à l'inscription des engagés conditionnels déjà possesseurs du certificat d'aptitude, est reportée au 15 du même mois. Les intéressés devront faire parvenir, avant cette époque, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel ils ont contracté leur engagement, une demande motivée et le certificat d'aptitude permettra d'être employés comme médecins auxiliaires pendant leur volontariat.

ÉCOLES DENTAIRES

Le *Progrès médical* a été l'un des premiers journaux de médecine français à signaler l'insuffisance de l'enseignement de l'odontologie et l'insuffisance des services hospitaliers. La Faculté n'a rien fait et l'Assistance publique n'a pas réalisé le vote du Conseil municipal l'invitant à créer des services dentaires dans les hôpitaux et à les confier à des dentistes nommés au concours. L'initiative individuelle, et nous nous en félicitons, a comblé la lacune laissée par la Faculté.

Il existe à Paris plusieurs écoles dentaires libres : l'une dont le siège est rue Richer, 23, a été fondée en 1880, sous le nom d'*Ecole dentaire de Paris* ; elle est dirigée par le Dr Th. David et subventionnée par la ville de Paris. Le corps enseignant se compose pour les cours théoriques et pratiques du soir des Drs Deny (Anatomie et physiologie), Gérard (Histoire naturelle, démonstrations et exercices pratiques de micrographie), Marié (Chimie), Aubeau (Thérapeutique et matière médicale), Decaudin (Dissection), Faucher (Physique, chimie et métallurgie appliquées à l'art dentaire), Thomas (Eléments de pathologie générale), Prengrueber (Anatomie topographique de la bouche et de ses annexes), David (Pathologie spéciale), M. Poinsot (Thérapeutique spéciale, traitement et obturation des dents), M. E. Pilette (Prothèse et mécanique dentaires). Les cliniques qui ont lieu tous les matins de 8 heures à 11 heures sont dirigées par MM. Levett, David, Aubeau, Viau, Bloeman, Poinsot, R. Chauvin, Dubois, C. Godon, Heidé, Lemerle et Bonnet, assistés de chefs de clinique et de démonstrateurs. Divers laboratoires sont annexés à cette école. Soutenue par l'association générale des dentistes de France, elle a reçu l'appui de MM. Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Hérard, Pinard; elle délivre des diplômes. Son enseignement comprend trois années d'études. Les frais d'inscription, d'examen et de diplôme s'élèvent à 1,100 francs.

Une autre école dentaire existe depuis le 7 janvier 1884, rue de l'Abbaye, 3, sous le titre d'*Ecole dentaire de France* (Institut odontotechnique), elle est dirigée par M. Brasseur. Les cliniques (de 8 à 10 h. du matin) sont faites par les Drs Goldenstein, Stevens, Paulin, Andrieu, Colignon, Amyot et Michaëls. Dentisterie opératoire, aurifications, par MM. Du Bouchet, Bogue, Kingsley, Thomas. Les cours théoriques ont lieu tous les soirs sauf les mardis et jeudis : Dr Ramonat (Pathologie et thérapeutique) lundi et vendredi de 8 à 9 heures; Dr Demontporcelet (Anatomie et physiologie), lundi de 9 à 10 h. et samedi de 8 à 9 h ; Dr Saussine (Mécanique et prothèse dentaires), mercredi de 9 à 10 h.; Dr Viron (Physique, chimie, histoire naturelle et pharmacologie), mercredi de 8 à 9 h.; Dr Gaillard (Pathologie et thérapeutique dentaires), vendredi de 9 à 10 h. Exercices de dissection, manipulations chimiques, etc. — Le conseil scientifique se compose de MM. Gosselin, Richet, Gavarret, Béclard, Bouchardat, Sappey, Trélat, Le Fort, Guyon, Duplay, Fournier et Brouardel. La durée des études est de trois années, à la fin desquelles, à la suite d'examens, il est délivré aux élèves un *diplôme de capacité* dit de l'institut odontotechnique de France. Est admis à l'école tout individu âgé de 17 ans au moins présentant un duplicata de l'un des 2 baccalauréats, ou le certificat de grammaire ou celui de l'enseignement secondaire spécial. Pendant les deux premières années, le livret d'enseignement primaire et l'examen du volontariat sont admis. Les frais d'études, inscriptions, examens et diplôme, s'élèvent à 760 francs.

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE

Il existe, 3, rue de l'Abbaye, une association scientifique et philanthropique connue sous le nom : d'*Institut odontotechnique de France*, qui comprend notamment une : *Ecole dentaire*, patronée par un conseil scientifique, composé de MM. Gosselin, Richet, Gavarret, Béclard, Sappey, Trélat, Le Fort, Guyon, Duplay, Fournier, Brouardel. — Cette école est dirigée par M. E. Brasseur, médecin de la Faculté de Paris, chirurgien-dentiste. Les cliniques (de 8 à 10 h. du matin) sont faites par les Drs Goldenstein, Paulin, Andrieu, Ducournau, Marchandé du Bouchet, Amyot. Dentisterie opératoire, aurifications, par M. Michaëls. Les cours théoriques ont lieu le soir : Dr Ramonat (Pathologie et thérapeutique) lundi et vendredi de 8 à 9 heures; Dr Demontporcelet (Anatomie et physiologie), lundi de 9 à 10 h. et samedi de 8 à 9 h.; Drs Saussine et Pourchet (Mécanique et prothèse dentaires), mercredi de 9 à 10; Dr Viron (Physique, chimie, histoire naturelle et pharmacologie), mercredi de 8 à 9; Dr Gaillard (Pathologie et thérapeutique dentaires) vendredi de 9 à 10 h. Exercices de dissection, manipulations chimiques, etc. — La durée des études est de trois années à la fin desquelles à la suite d'examens il est délivré

****

© BIU Santé

aux élèves un *diplôme de capacité* dit de l'institut odontotechnique de France. Est admis à l'école tout individu âgé de 17 ans au moins présentant un duplicata de l'un des 2 baccalauréats, ou le certificat de grammaire ou celui de l'enseignement secondaire spécial. Pendant les deux premières années, le livret d'enseignement primaire et l'examen du volontariat sont admis. Les frais d'études, inscriptions, examens et diplôme, s'élèvent à 760 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Année scolaire 1886-87 (Semestre d'hiver).

Ouverture le 3 novembre.

Cours.

Médecine légale et toxicologie. — M. JAUMES, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Attentats contre la santé et la vie (blessures, brûlures, pendaison, suffocation, etc., etc.).

Pathologie interne. — M. CASTAN, professeur, doyen. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. Étude des maladies du système circulatoire.

Physiologie. — M. LANNEGRACE, professeur. Mardi, jeudi, samedi à 5 heures. Du rôle des fermentations en physiologie; influence du système nerveux sur les diverses fonctions.

Opérations et appareils. — M. GRYNFELTT, professeur, Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. Chirurgie oculaire.

Pathologie externe. — M. CHALOT, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. — 1° Les lésions traumatiques des os et des articulations en général ; 2° la pathologie des membres.

Anatomie. — M. BIMAR, agrégé, chargé du cours, lundi, mercredi vendredi, à 2 heures. Splanchnologie.

Anatomie pathologique et histologie. — M. CARRIEU, agrégé chargé du cours. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Appareil respiratoire. — Organes génito-urinaires. (Histologie normale et anatomie pathologique.)

Cours auxiliaires et conférences.

Histoire naturelle et zoologie médicale. — M. GRANEL, agrégé.
Accouchements. — M. GERBAUD, agrégé.
Physique. — M. MALOSSE, agrégé.
Chimie. — M. VILLE, agrégé.
Anatomie. — M. GILIS, agrégé, chargé des fonctions de chef des travaux.
Anatomie. — M. N..., prosecteur.

Cliniques annuelles.

Clinique interne. — MM. COMBAL et GRASSET, professeurs, tous les jours, à 7 h., hôpital Saint-Eloi.
Clinique externe. — MM. DUBREUIL et TÉDENAT, professeurs, tous les jours, à 7 h., hôpital Saint-Eloi.
Clinique obstétricale et gynécologie. — M. DUMAS (Léon), professeur, tous les jours, à 8 h. 1/2, hôpital Saint-Eloi. — MM. les élèves sont admis par séries aux accouchements.
Clinique des maladies nerveuses et mentales. — M. CAVALIER, professeur, tous les jours, à 9 h., asile des aliénés.
Clinique des maladies des enfants. — M. BATTLE, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital général.
Clinique des maladies des vieillards. — M. HAMELIN, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital général.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. M. GAYRAUD, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital Saint-Eloi.

Travaux pratiques.

Anatomie. — MM. BIMAR, chargé du cours; GILIS, agrégé, suppléant du chef des travaux; N..., prosecteur. Tous les jours, de 8 h. du matin à 9 h. du soir. — Dissections dans le pavillon anatomique.

Anatomie pathologique. — MM. CARRIEU, chargé du cours, N..., chef des travaux, mardi, jeudi, samedi, de midi à 2 h. — Exercices d'histologie pathologique.

Physique. — MM. MOITESSIER, professeur et LAURET, chef des travaux, lundi, mercredi, vendredi, de 8 h. à 11 h. du matin. — Exercices de physique expérimentale.

Cours du semestre d'été.

Physique médicale. — M. MOITESSIER, professeur.
Chimie médicale. — M. ENGEL, professeur.
Hygiène. — M. BERTIN, professeur.
Thérapeutique et matière médicale. — M. PLANCHON, professeur.
Botanique et Histoire naturelle médicale. — M. MOSSE, chargé du cours.

Conférences (Semestre d'été).

Pathologie générale. — M. RÉGIMBEAU, agrégé.
Pathologie externe. — M. FORGUES, agrégé.
Pathologie interne. — M. BAUMEL, agrégé.
Physiologie. — M. GILIS, agrégé.
Anatomie pathologique et histologie. — M. N..., agrégé.

Travaux pratiques (Semestre d'été).

Physiologie. — M. FRANÇOIS, chef des travaux.
Médecine opératoire. — M. GILIS, chef des travaux.
Chimie. — M. VILLE, chef des travaux.

Doyen honoraire : M. BENOIT ; professeurs honoraires : MM. MARTINS et DUPRÉ.

Répartition des cours par année d'études pendant le semestre d'hiver.

1re *Année.* — Conférences de Chimie, de Physique, d'Histoire naturelle. Travaux pratiques de Physique.

2e *Année.* — Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie. Travaux pratiques d'Anatomie.

3e *Année.* — Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie et Anatomie pathologique, de Pathologie médicale, de Pathologie chirurgicale. Travaux pratiques d'Anatomie. Cliniques.

4e *Année.* — Cours de Pathologie chirurgicale, médicale, d'Opérations et Appareils, d'Anatomie pathologique, de Médecine légale. Conférences d'Accouchements. Travaux pratiques d'Anatomie pathologique. Cliniques.

Le *Musée anatomique* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 h., excepté le mercredi, et tous les soirs, de 7 h. et demie à 9 h. et demie.

Dispositions réglementaires.

Pour être admis à s'inscrire, l'*étudiant qui aspire au grade de Docteur* doit déposer au Secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; 3° s'il est mineur, l'autorisation de ses père, mère ou tuteur ; 4° les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint (décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier ès sciences complet, ou celui de bachelier de l'enseignement spécial (décret du 28 juillet 1882).

Les *aspirants au titre d'Officier de santé* sont dispensés de produire les deux diplômes ci-dessus. Ils doivent être âgés de 17 ans, et, à défaut de diplômes, présenter le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou le certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial.

La durée des études pour obtenir le titre d'officier de santé est de quatre années, pendant lesquelles le candidat doit prendre seize inscriptions trimestrielles (art. 1er du décret du 1er août 1883).

Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription et devant la faculté ou école dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer (art. 7 et 9 du décret du 1er août 1883).

Au mois de novembre 1886, les dispositions du décret du 1er août 1883 seront seules en vigueur.

Les inscriptions d'officier de santé ne seront plus, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat pour les élèves en cours d'études ; néanmoins cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui auront exercé la médecine pendant deux ans au moins (art. 6 du décret du 20 juin 1878) et qui justifieront des deux diplômes exigés ci-dessus.

Les inscriptions doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, et elles ne sont valables qu'autant qu'elles sont régularisées dans la dernière quinzaine de chaque trimestre, par la signature des élèves sur le registre des présences et par le dépôt du certificat de stage dans les hôpitaux.

Les examens pour l'obtention du certificat de grammaire que doivent fournir les aspirants au titre d'Officier de santé, auront lieu le jeudi 15 novembre, à 8 heures du matin, dans une des salles du Lycée.

Montpellier, 28 octobre 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'événement saillant de l'année est certainement le nombre considérable des vides qui se sont produits dans le corps professoral. La mort nous a enlevé Dumas père, Courty, Estor (ce dernier en pleine activité et au lendemain de son installation d'un laboratoire de bactériologie) ; la retraite (par application du décret de décembre) nous enlève Benoit et Dupré. On ne pourra plus guère nous traiter de vieille Faculté, si on considère l'âge de la plupart de nos professeurs. Comme dédomma-

© BIU Santé

gement, mentionnons la nomination de Chalet à la chaire de pathologie externe et l'arrivée d'une brillante phalange de jeunes agrégés : Boinet et Brousse en médecine, Forgue et Truc en chirurgie, Gerbaud en accouchements, Gilis et Tapie en anatomie, Malosse en physique.

Puisque je parle des agrégés, laissez-moi vous signaler la fâcheuse impression qu'a produite la dernière décision qui leur enlève toute rémunération supplémentaire pour les cours qu'ils ont à faire. Il y a là une injustice criante, avec leurs 3,000 francs (car, malgré la lettre formelle de la loi, aucun ne touche 3,500), nos agrégés sont moins payés que les agrégés de l'enseignement secondaire et même que certains instituteurs. Est-ce juste ? Il semble que, par ce qu'on ne redoute plus leur émigration vers les facultés libres, on peut les maltraiter impunément ; il y a cependant d'autres dangers. D'abord on rendra le recrutement de plus en plus difficile : un onéreux concours à Paris après de longues et coûteuses études pour une place de trois mille francs qui ne garantit rien au titulaire après neuf ans ! ce n'est guère tentant. Et ceux qui, sur la foi des traités, se sont déjà fait nommer et à qui l'on change les conditions une fois le concours fait (ce qui n'est guère régulier) que vont-ils faire ? Ils vont se jeter à corps perdu dans la clientèle et le haut enseignement périclitera. Et les malheureux agrégés de sciences accessoires, qui n'ont pas de ressources extraordinaires, veut-on qu'ils fassent des analyses de vin pour les négociants ou qu'ils donnent des répétitions payées aux étudiants ? La chose est d'autant plus pénible pour eux qu'ils seront toujours sur la brèche pour les conférences ; le règlement du tiers ou de la moitié pourra s'appliquer aux médecins ou aux chirurgiens. Mais les sciences de première année doivent être enseignées en entier tous les ans ; il faut donc que tous les agrégés de sciences accessoires soient chargés de conférences tous les ans. En somme cette récente décision organise pour nos agrégés un enseignement aussi *gratuit* qu'*obligatoire*, qui me paraît appeler une prompte réforme.

La Faculté de Montpellier a commencé aussi une autre campagne à propos du nouveau régime d'études qui sacrifie les études cliniques d'une manière beaucoup trop complète : les élèves de 3e année sont perdus pour la clinique sérieuse parce qu'ils préparent leurs examens d'anatomie et de physiologie ; ils n'ont donc qu'un an de clinique, si même cette année n'est pas morcelée ou absorbée par le service militaire. Déjà d'autres facultés ont suivi le mouvement et se sont prononcées dans le même sens que nous : la presse pourrait être pour nous un puissant auxiliaire.

Le Conseil général des facultés, institué par le décret de décembre 1885 a fonctionné régulièrement et a émis quelques vœux platoniquement adressés au ministère. Une particularité bizarre à signaler ici : tous les conseillers généraux ont le droit de lire dans la *Revue de l'enseignement supérieur* le résumé des décisions de leurs collègues des autres académies ; mais il est sévèrement défendu aux Conseils généraux de se communiquer mutuellement leurs procès-verbaux, d'une académie à l'autre. Voilà ce que c'est que de n'avoir pas encore les habitudes et les mœurs de la liberté : avec plus d'audace les Conseils généraux n'avaient qu'à ne pas demander cette permission ; étant maîtres de leurs procès-verbaux, ils pouvaient bien les envoyer à leurs voisins ; aujourd'hui qu'ils ont humblement demandé l'autorisation et qu'on la leur a hautement refusée, ce serait un acte d'indépendance inouïe et de rébellion ouverte que de communiquer ses décisions... sans passer par l'imprimerie de la *Revue de l'enseignement*. A l'intérieur de la faculté, les travaux ordinaires ont continué. Le nombre des élèves a plutôt augmenté que diminué. La tendance s'accentue de plus en plus vers les enseignements pratiques et précis.

Citons en terminant deux innovations : Le service des autopsies a été réorganisé. Toutes les autopsies des services cliniques sont faites par le Directeur spécial de ces travaux (M. Cavieu, chef des travaux d'anatomie pathologique). Le professeur de clinique lui communique l'observation et, lui, à son tour, communique le procès-verbal complet de l'autopsie au professeur de clinique.

Un des services militaires est déjà transporté dans notre nouvel hôpital qui est conduit suivant toutes les règles les plus récentes de l'hygiène nosocomiale (système Tollet). Dans un an ou dix-huit mois au plus tard tous les services cliniques y seront installés. Nous vous convierons à son inauguration.

Veuillez agréer, etc., Dr X...

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

Cliniques, Cours et Exercices pratiques.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique médicale : M. N.. , à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. Heydenreich, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique obstétricale et gynécologique : M. N.., à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique ophthalmologique : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années. — Clinique des maladies des vieillards : M. Demange, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, 4e et 5e années. — Clinique des maladies syphilitiques : M. Spillmann, agrégé à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies cutanées et scrofuleuses : M. A. Herrgott, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies mentales : M. Langlois, chargé de cours, à l'hospice de Maréville, 4e et 5e années.

Semestre d'hiver. — Cours. Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Cours complémentaire de physique médicale : M. Bagnéris, agrégé, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Chimie minérale et chimie organique : M. Garnier, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Anatomie descriptive : M. Lallement, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Histologie : M. Baraban, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie externe : M. Weiss, professeur à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Thérapeutique : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Accouchements : M. A. Herrgott, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, au laboratoire de physique, 1re année. — Manipulations chimiques : M. Garnier, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle et botanique : M. Macé, agrégé, au laboratoire de botanique, 1re année. — Dissections : M. Lallement, professeur, à la salle de dissection, 2e et 3e années. — Histologie : M. Baraban, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 4e et 5e années. — Conférences d'hygiène : M. Poincaré, professeur, au laboratoire d'hygiène, 4e et 5e années. — Bandages et appareils : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Méthode d'exploration médicale : M. Spillmann, agrégé, à l'hôpital civil, 2e année. Conférences pratiques sur les maladies des enfants : M. Schmitt, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années.

Semestre d'été. — Cours. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Physique médicale (cours complémentaire) : M. Bagnéris, agrégé, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Chimie analytique et toxicologie : M. Garnier, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Botanique : M. Macé, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Physiologie : M. Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Anatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie pathologique, 3e et 4e années. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, au laboratoire d'anatomie, 3e et 4e années. — Hygiène : M. Poincaré, professeur, au laboratoire des cours, 4e et 5e années. — Pathologie externe : M. N..., agrégé, au laboratoire d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie générale : M. N..., agrégé, au laboratoire des cours, 2e et 3e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations M. Garnier, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Botanique : M. Macé, agrégé, au laboratoire de botanique, 1re année. — Histologie normale : M. Baraban, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Physiologie expérimentale : M. Beaunis, professeur, au laboratoire de physiologie expérimentale, 2e et 3e années. — Autopsies, anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années. — Exercices pratiques de médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, au laboratoire d'ana

© BIU Santé

tomie, 3e et 4e années. — Conférences de thérapeutique : M. Coze, professeur, au laboratoire de thérapeutique, 4e et 5e années. — Conférences de médecine légale : M. Tourdes, professeur, au laboratoire de médecine légale 4e et 5e années. — Méthode d'exploration médicale : M. Spillmann, agrégé, à l'hôpital des cliniques, 2e et 3e années. — Médecine opératoire obstétricale : M. Herrgott, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Conférences pratiques sur les maladies des enfants : M. Schmitt, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années. — Bandages et appareils : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années.

Dispositions réglementaires.

Aux termes du décret du 20 juin 1878, seul en vigueur depuis le 1er novembre 1885, les études pour obtenir le diplôme de doctorat en médecine durent quatre années, pendant lesquelles les étudiants prennent 16 inscriptions. Ces inscriptions sont gratuites, mais chacune d'elles donne lieu à un droit de bibliothèque de 2 fr. 50 et à un droit de travaux pratiques, qui est de 15 fr. en première année, de 10 fr. en deuxième et troisième années, et de 5 fr. en quatrième année.

Les *aspirants au Doctorat* sont tenus de produire, en prenant leur 1re inscription : 1° les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint (ou les certificats d'admission à ces diplômes); 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs; 4° le consentement de leurs parents ou tuteurs les autorisant à suivre les études médicales. Ils ont à subir cinq examens probatoires, dont les 2e, 3e et 5e sont divisés en deux parties, et à soutenir une thèse. Les cinq examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen.—Physique, chimie, histoire naturelle médicale.

Deuxième examen. — 1re partie : Anatomie et histologie, avec une épreuve pratique de dissection, qui est éliminatoire ; 2e partie : Physiologie.

Troisième examen. — 1re partie : Pathologie externe, accouchement, médecine opératoire, avec une épreuve pratique éliminatoire ; 2e partie : Pathologie interne, pathologie générale.

Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

Cinquième examen. — 1re partie : Clinique externe et obstétricale ; 2e partie : Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve, dont les droits sont de 240 fr., sur un sujet de leur choix.

Le 1er examen est subi après la 4e inscription et avant la 5e. La 1re partie du 2e examen, après la 11e inscription et avant la 12e, et la 2e partie après la 12e inscription et avant la 14e. Les autres examens ne peuvent être passés qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études. Ils se subissent successivement et sans délai obligatoire.

Tout candidat qui n'aura pas subi le 1er examen, en novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription dans le cours de cette année.

Un droit de 55 fr. est versé pour chacune des épreuves. Le candidat ajourné à une épreuve perd 30 fr.; il lui est remboursé 25 fr. Le délai d'ajournement est de 3 mois.

Aux termes du décret du 1er août 1883, les *aspirants au titre d'officier de santé* font quatre années d'études, pendant lesquelles ils prennent 16 inscriptions trimestrielles, gratuites, mais dont chacune donne lieu aux droits de bibliothèque et de travaux pratiques exigés des aspirants au Doctorat.

En prenant leur première inscription, les candidats au grade d'officier de santé doivent, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, ou du certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial. Ils sont tenus de produire, en outre, les mêmes pièces que les aspirants au Doctorat.

A la fin de chacune des trois premières années, ils subissent un examen, dont les droits sont de 30 fr., sur les matières suivantes :

Examen de 1re année : Physique, chimie, histoire naturelle et premiers éléments d'anatomie (ostéologie et arthrologie).

Examen de 2e année : Anatomie descriptive et physiologie.

Examen de 3e année : Pathologie interne et pathologie externe.

Le candidat ajourné à l'examen de fin d'année peut se représenter de nouveau au mois de novembre suivant; s'il échoue à cette dernière session, il est renvoyé à la fin de l'année suivante, et le cours de ses inscriptions est suspendu.

Les examens définitifs sont au nombre de trois et ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription, devant la Faculté ou École dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer.

Le 1er examen définitif, dont les droits sont de 100 fr., comprend l'anatomie, la physiologie et une épreuve de dissection, éliminatoire.

Le 2e examen définitif, dont les droits sont de 110 fr., comprend la pathologie interne, la pathologie externe, la thérapeutique, la matière médicale et une épreuve pratique de médecine opératoire, éliminatoire.

Le 3e examen définitif, dont les droits sont de 210 fr, comprend la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.

Les cours de la Faculté, les exercices pratiques, le stage dans les hôpitaux, sont obligatoires, dans les conditions indiquées par les règlements.

Des prix sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire entre les aspirants au Doctorat. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de clinique et internes. Des concours sont ouverts chaque année pour des places rétribuées d'aides et de préparateurs dans les différents laboratoires, dans le service d'anatomie, ainsi que dans les hôpitaux. — Les parents ou tuteurs seront tenus au courant de la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Le registre des inscriptions s'ouvre le mercredi 20 octobre, et se ferme le samedi 6 novembre. Les cours et les examens commencent le 3 novembre.

Les salles de dissection, les musées et la bibliothèque sont ouvertes à dater du 20 octobre. Les cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre, ceux du semestre d'été, le 16 mars. Les laboratoires sont ouverts du 4 novembre au 15 juillet (art. 3 de l'arrêté du 18 mai 1880).

Doyen honoraire : M. Stoltz. — *Professeurs honoraires* : MM. Stoltz, Bach, V. Parisot, Herrgott. — *Adjoints honoraires* : MM. Roussel, Demange, Béchet. — *Professeur adjoint* : M. E. Parisot. — *Agrégés en exercice* : MM. Spillmann, E. Demange, A. Herrgott, Schmitt, Rohmer, Baraban, Bagnéris, Macé.

Nancy, 25 octobre, 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef [et très honoré Confrère,

Si l'année qui vient de s'écouler n'a pas amené de grandes modifications dans la situation matérielle de notre Faculté, elle en a préparé, poursuivi, décidé de très importantes dont j'espère dès l'année prochaine pouvoir vous donner le détail. Il s'agit du projet de création de l'Institut anatomique, projet qui va incessamment trouver sa réalisation.

Depuis longtemps déjà l'installation actuelle de nos services anatomiques prêtait à de graves objections ; ces objections se sont accentuées encore depuis la création de notre nouvel hôpital. Trop restreints, situés à une distance considérable de l'hôpital, accumulés au milieu de rues populeuses, dédoublés par la nécessité de placer le service des autopsies dans l'intérieur même de l'hôpital, nos établissements anatomiques, pour des motifs universitaires et d'autres d'un intérêt général, appelaient surtout des réformes urgentes.

En novembre dernier, M. le Ministre de l'Instruction publique signalait la nécessité d'agrandir la Faculté de médecine et la Faculté des sciences, de doter la première d'un Institut anatomique derrière le nouvel hôpital, la seconde d'un Institut chimique, et bientôt le gouvernement mettait à la disposition de la ville de Nancy une somme de 500,000 francs pour hâter la réalisation de ces réformes. La municipalité, qui n'a jamais reculé devant aucun sacrifice quand il s'est agi des intérêts de l'enseignement supérieur, comprit la haute importance qu'il y avait à sauvegarder un service qui périclitait dans sa situation actuelle et dont la bonne organisation a pour but de donner une base solide aux études médicales. Convaincue d'ailleurs de la patriotique nécessité qu'il y a de maintenir dans toute sa force et toute son influence le centre universitaire de notre frontière de l'Est, elle accepta la proposition de l'Etat et, avec une généreuse unanimité, vota une somme de 300,000 francs, que le Conseil général de Meurthe-et-Moselle augmenta de 100,000 fr. et le Conseil général des Vosges de 10,000 fr.; soit une somme de 900,000 fr. à employer pour les deux Instituts. Cette somme sera suffisante pour faire grandement les choses, sans superfluités et sans autre luxe que la satisfaction donnée aux besoins de la science.

Le programme des locaux à installer a été élaboré par une commission nommée par la Faculté de médecine, elle s'est basée pour l'établir sur les besoins de notre Faculté, sur ce qui s'est fait dans les Universités étrangères et dans les nôtres, et aujourd'hui même accompagnée de M. le Recteur et de M. l'Architecte municipal, elle est allée étudier à ce point de vue les établissements similaires de Suisses et d'Allemagne.

L'Institut anatomique comprendra l'ensemble des sciences,

© BIU Santé

qui naturellement s'y rattachent : l'anatomie normale et pathologique, l'histologie, les salles de dissections et d'autopsies, la médecine opératoire, la médecine légale et la morgue : il formera ainsi un tout indépendant et complet comprenant tous les services où les études ont pour point de départ commun les recherches anatomiques.

Voilà pour le présent : mais la création de l'Institut anatomique se rattache encore à une question d'avenir, à la translation de toutes les services de la Faculté de médecine au voisinage du nouvel hôpital.

Cette translation, désirée depuis longtemps, s'imposera un jour; en attendant, le développement de nos services anatomiques sera un argument de plus à faire valoir le jour où la situation budgétaire permettra de réaliser le décret du 1er octobre 1883, qui place à Nancy une des deux divisions de l'Ecole de santé du service militaire.

Cette année encore la Faculté s'est occupée de réformes à apporter au nouveau régime d'études médicales et d'examens, institué par le décret du 20 juin 1878. Après six années d'expérience, les imperfections du système actuellement en vigueur, deviennent de jour en jour plus frappants. Elles portent surtout sur la suppression des examens de fin d'année et sur ce que, des quatre années de scolarité, trois années et demie sont effectivement consacrées aux sciences préparatoires. L'élève qui doit passer, à la fin de sa première année, son examen sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle, l'examen d'anatomie en pleine troisième année, et celui de physiologie au milieu de la quatrième année, en arrive forcément à négliger, d'une façon presque complète, les études de médecine proprement dite : les pathologies et les cliniques; la thérapeutique, la médecine légale, la médecine opératoire, les accouchements et l'hygiène, c'est-à-dire ce qu'il importe le plus au médecin de connaître. Une commission nommée par la Faculté, pour étudier les moyens de remédier à cet état de choses, absolument déplorable, est arrivé aux conclusions suivantes : 1° séparation absolue des années de scolarité proprement dite de celle qui est consacrée à la soutenance des épreuves probatoires, en reportant ces épreuves au commencement de la cinquième année; 2° institution d'interrogations semestrielles pour les quatre années d'étude entrant en ligne de compte dans le jugement porté aux examens; 3° fusion de l'enseignement de la chimie, de la physique et de l'histoire naturelle, avec les parties de l'enseignement médical auxquelles ces sciences correspondent.

D'autres Facultés de province ont étudié la même question. Espérons que de ces efforts surgiront des réformes capables d'assurer et d'accroître la solidité des études médicales.

Le personnel enseignant de notre Faculté a également subi diverses modifications. La chaire de chimie médicale vacante depuis la mort du regretté Ritter a été confiée à son élève, M. le professeur agrégé Garnier, dont les brillantes qualités avaient été justement appréciées pendant plusieurs années de suppléance; mais les chaires d'histologie et de botanique manquent toujours de titulaires; cette dernière depuis six ans!

Sept nouveaux agrégés, dont quatre entreront en exercice le 1er novembre prochain, sont venus renforcer les rangs de l'agrégation; par contre, le décret sur la limite d'âge va profondément modifier notre corps professoral. La retraite de MM. les professeurs V. Parisot et Herrgott laissera vacantes les chaires de clinique médicale et de clinique obstétricale; MM. Béchet, Roussel, Ch. Demange, professeurs adjoints, se retirent également; tous laissent à la Faculté d'unanimes regrets.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, etc. X.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

Cours, conférences et travaux pratiques.

Semestre d'hiver.

Cours de chimie minérale. — M. Jacquemin, professeur, 1re année.

Cours d'histoire naturelle. (Anatomie, organographie, physiologie des plantes). M. Bleicher, professeur, 1re année.

Cours complémentaire de pharmacie galénique. — M. Delcominète, suppléant, chargé du cours, 1re année.

Conférences de chimie analytique. — M. Klobb, chef des travaux de chimie, 1re année.

Cours de chimie organique. — M. Jacquemin, professeur, 2e année.

Cours de matière médicale. — M. Godfrin, professeur, 2e année.

Cours de pharmacie chimique. — M. Held, agrégé, chargé du cours, 2e année.

Cours d'histoire naturelle. (Anatomie, organographie, physiologie des plantes). — M. Bleicher, professeur, 2e année.

Conférences de chimie analytique. — M. Klobb, chef des travaux de chimie, 2e année.

Chimie organique. — M. Jacquemin, professeur, 3e année.

Cours et Conférences de toxicologie. — M. Schlagdenhauffen, professeur, 3e année.

Cours complémentaire de minéralogie et d'hydrologie. — M. Klobb, chargé du cours, 3e année.

Cours complémentaire de zoologie. — M. Thouvenin, chargé du cours, 3e année.

Cours complémentaires de la Faculté des sciences. — 4e année.

Travaux pratiques de chimie générale. — MM. Jacquemin, professeur; Klobb, chef des travaux, 1re année.

Travaux pratiques de micrographie générale. — M. Bleicher, professeur, et M. Thouvenin, chef des travaux, 2e année.

Travaux pratiques de chimie analytique. — MM. Jacquemin, professeur; Klobb, chef des travaux, 2e année.

Travaux pratiques de micrographie appliquée. — M. Godfrin, professeur, et M. Thouvenin, chef des travaux, 3e année.

Travaux pratiques de chimie et toxicologie. — MM. Jacquemin, professeur; Klobb, chef des travaux, 3e année.

Travaux particuliers, recherches pour thèses. - M. Jacquemin, professeur, 4e année.

Semestre d'été.

Cours de chimie minérale. — M. Jacquemin, prof., 1re année.

Cours de physique. — M. Schlagdenhauffen, professeur, 1re année.

Histoire naturelle (étude des familles). — M. Bleicher, professeur, 1re année.

Pharmacie galénique. — M. Delcominète, chargé du cours, 1re année.

Cours de chimie organique. — M. Jacquemin, prof., 2e année.

Cours de matière médicale. — M. Godfrin, professeur, 2e année.

Histoire naturelle (étude des familles). — M. Bleicher, prof., 2e année.

Pharmacie chimique. — M. Held, agrégé, chargé du cours, 2e année.

Chimie organique pharmaceutique. — M. Jacquemin, professeur, 3e année.

Cours complémentaire de minéralogie. — M. Klobb, chargé du cours, 3e année.

Cours de botanique cryptogamique. — M. Thouvenin, chef des travaux, 3e année.

Cours complémentaires de la faculté des sciences. — M N...., 4e année.

Travaux pratiques de pharmacie galénique. — M. Delcominète, chargé du cours, 1re année.

Travaux pratiques de chimie générale. — MM. Jacquemin, professeur; Klobb, chef des travaux, 1re année.

Travaux pratiques de pharmacie chimique. — M. Held, agrégé, chargé du cours, 2e année.

Travaux pratiques de micrographie générale. — MM. Bleicher, professeur, Thouvenin, chef des travaux, 2e année.

Travaux pratiques de chimie organique. — MM. Jacquemin, professeur; Klobb, chef des travaux, 2e année.

Travaux pratiques de physique appliquée. — M. Schlagdenhauffen, professeur, 3e année.

Travaux pratiques de chimie et toxicologie. — MM. Jacquemin, professeur, Klobb, chef des travaux, 3e année.

Travaux pratiques de micrographie appliquée, — MM. Godfrin, professeur, Thouvenin, chef des travaux, 3e année.

Herborisations. — M. Bleicher, professeur, 1re, 2e et 3e années;

Travaux particuliers, recherches pour thèses. — M. Jacquemin, professeur, 4e année.

Nota. — Un programme spécial arrêté par l'Ecole, dès la rentrée prochaine, fera connaître les jours et heures auxquels auront lieu les cours, conférences et travaux pratiques.

Dispositions réglementaires.

Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien soit de première classe, soit de deuxième classe, durent six années, dont trois années de stage dans une officine et trois années de cours, pendant lesquelles les étudiants prennent douze inscriptions trimestrielles. (Décret du 26 juillet 1885.)

Ces inscriptions sont gratuites, mais chacune d'elles donne lieu à un droit de bibliothèque de 2 fr. 50 et à un droit de travaux pratiques de 25 francs.

Tout élève, en prenant la première inscription, doit justifier qu'il

© BIU Santé

a subi avec succès l'examen de validation de stage prescrit par l'article 2 du décret du 31 août 1878, et pour lequel il est versé un droit de 25 francs.

Les aspirants au titre de pharmacien de première classe, c'est-à-dire pourvus d'un des diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, ont à subir, pendant leurs trois années de cours, deux examens de fin d'année et un examen semestriel placé au mois d'avril de la troisième année, dont les droits sont de 50 fr., et après le cours complet de leurs études, trois examens probatoires ou de réception.

Ceux-ci se passent successivement et sans aucun délai obligatoire. Le premier est soumis à un droit de 120 fr. En cas d'échec, l'élève perd 80 fr.; il lui est remboursé 40 fr. Le deuxième est soumis à un droit de 120 fr. En cas d'échec, l'élève perd 80 fr.; il lui est remboursé 40 fr. Le troisième, divisé en deux séances, est soumis à un droit de 340 fr.

En cas d'échec à la première séance, l'élève perd 50 fr.; il lui est remboursé 290 fr. En cas d'échec à la deuxième séance, l'élève perd 150 fr.; il lui est remboursé 190 fr. Le délai d'ajournement est de trois mois.

Les aspirants pharmaciens de deuxième classe, c'est-à-dire pourvus soit du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit du certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie ou d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de 3e année de l'enseignement secondaire spécial, ont à subir, dans le cours de leurs études, deux examens de fin d'année, pour lesquels ils n'ont aucun droit à verser, et après le cours complet trois examens probatoires ou de réception. Ces trois examens se passent successivement et sans aucun délai obligatoire.

Ils versent un droit de 90 fr. pour chacun des deux premiers examens et un droit de 340 fr. pour le troisième, qui se divise, comme pour la première classe, en deux séances.

Le candidat ajourné au premier examen probatoire perd 50 fr.; il lui est remboursé 40 fr. Le candidat ajourné au deuxième examen probatoire perd 50 fr; il lui est remboursé 40 fr. Le candidat ajourné au troisième examen probatoire (première séance) perd 50 fr.; il lui est remboursé 290 fr. Le candidat ajourné au troisième examen probatoire (deuxième séance) perd 150 fr.; il lui est remboursé 190 fr.

Les aspirants au diplôme supérieur de pharmacie devront justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, et soutenir une thèse. A défaut d'une de ces licences, ils devront accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques et subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique et une épreuve orale sur les matières de licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie. (Décret du 12 juillet 1878.)

Les registres des inscriptions seront ouverts du 20 octobre au 6 novembre. Tout élève qui se présentera pour prendre une première inscription sera tenu de déposer au secrétariat de l'Ecole :

1° Son acte de naissance, dûment légalisé; 2° Un certificat de bonnes vie et mœurs; 3° S'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques; 4° L'indication de son domicile à Nancy.

Des prix afférents à chacune des trois années d'études et proclamés à la séance solennelle de rentrée des Facultés, seront décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. L'Ecole accorde également un prix et des mentions aux auteurs des meilleures thèses ou de travaux originaux sortant de ses laboratoires de recherches. Il est en outre accordé, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878, des récompenses pour travaux pratiques aux élèves les plus méritants.

La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte aux élèves. — Les cours, conférences et travaux pratiques ont commencé le 3 novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1886.

Anatomie normale. — M. Assaky, chargé du cours. Angéiologie. — Anatomie topographique. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 2).

Histologie. — M. Tourneux, professeur. Organes et appareils (2e partie du cours). Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Anatomie pathologique et pathologie générale. — M. Herrmann, professeur. Anatomie pathologique générale : Altérations des éléments anatomiques, des tissus et des systèmes; altérations du sang et de la lymphe; altérations du cœur et des vaisseaux, des séreuses, du squelette, des muscles et du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Pathologie chirurgicale. — M. Baudry, Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 5).

Clinique médicale. — M. Wannebrouco, professeur-doyen. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique chirurgicale. — M. Folet, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique obstétricale. — M. N..., professeur. Leçons cliniques. Mardi, samedi, à 8 h., à l'hôpital de la Charité.

Accouchements. — M. Demon, agrégé. Lundi, vendredi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 5).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Leloir, professeur. — Leçons cliniques. Mardi, mercredi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Histoire naturelle médicale. — M. Moniez, professeur. Invertébrés. — Organographie et physiologie végétales. Mardi, jeudi, vendredi, à 9 heures 1/2, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Chimie médicale et Toxicologie. — M. Lescœur, professeur. Etude méthodique des métalloïdes, des métaux utiles, de leurs composés binaires, de leurs sels, etc., aux points de vue de la chimie médicale et de la toxicologie. Lundi, mercredi, samedi, à 11 h. à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Physique médicale. — M. Terquem, chargé du cours. Exposition des principes généraux relatifs à la conservation de l'énergie et à la corrélation des phénomènes physiques; développements relatifs à l'électricité, principalement en vue des applications à la physiologie et à la thérapeutique. Lundi, mercredi, samedi, à 9 h. 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Pharmacie et Pharmacologie. — M. Lotar, professeur. Pharmacie chimique. — Etude pharmaceutique et pharmacologique des animaux et de leurs produits. — Opérations préliminaires dites du laboratoire. Mardi, vendredi, à 10 h. 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Cours complémentaires.

Ophthalmologie. — M. de Lapersonne, agrégé. Leçons cliniques. Lundi, à 10 h., vendredi, à 11 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Maladies des enfants et syphilis infantile. — M. Castelain, agrégé. De la syphilis héréditaire commune. — De la syphilis héréditaire tardive. — De la scrofule cutanée et ganglionnaire. Jeudi, samedi, à 10 h. à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conférences.

Conférences d'histoire naturelle. — M. Th. Barrois, agrégé. Mercredi, vendredi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Conférences d'anatomie. — M. N..., chef des travaux anatomiques. Système nerveux central et périphérique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — M. N..., prosecteur d'anatomie. Ostéologie. — Arthrologie. — Myologie. Mardi, jeudi, vendredi, à 11 h. du matin, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Conférences de physique. — M. Doumer, maître de conférences. Pesanteur. Actions moléculaires. Chaleur. Mardi, jeudi, à midi, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections. — M. N..., chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 1 h. à 4 h., à la Faculté.

Travaux du laboratoire des cliniques. — M. Lober, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mardi et jeudi, de 2 h. à 5 h., au laboratoire des cliniques.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. M. Legay, chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h., à la Faculté.

Travaux pratiques d'Histoire naturelle. — M. Delplanque, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, à la Faculté (*voir l'affiche spéciale*).

Manipulations chimiques et pharmaceutiques. — M. N..., chef des travaux chimiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 2 à 5 h., à la Faculté.

Exercices pratiques de physique. — M. N..., chef des travaux de physique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes. — M. N..., agrégé. Théorie des accouchements, accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre. Mardi, jeudi, samedi à 9 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 2).

Doyen et professeur honoraire : M. Cazeneuve.

© BIU Santé

Agrégés : MM. Gaulard, Leroy, Doumer, Baudry, Wertheimer, Demon, Lemoine et Chuffart. — *Prosecteur d'anatomie* : M. N... — *Chefs de clinique* : MM. Colas, Richez, Coppens, Cochet, N... et N...

Dispensaires et consultations gratuites

A L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR.

Maladies internes, maladies des femmes et des enfants, maladies externes, maladies cutanées et syphilitiques, maladies des yeux, aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.

Bibliothèque : M. Maguin, bibliothécaire. La bibliothèque est ouverte, tous les jours non fériés, de 10 h. à midi et demi et de 2 h. 1/2 à 6 heures.

Musées : M. Delplanque, chargé des fonctions de conservateur. Les musées d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 2 h. à 5 heures.

Rappel des cours du semestre d'été.

Physiologie. — M. Wertheimer.
Pathologie médicale. — M. Leroy.
Pathologie chirurgicale. — M. Baudry.
Thérapeutique et matière médicale. — M. Lemoine.
Opérations et appareils. — M. Dubar.
Clinique médicale. — M. L. Hallez.
Clinique chirurgicale. — M. Paquet.
Clinique obstétricale. — M. N...
Médecine légale. — M. Castiaux.
Hygiène. — M. Arnould.
Accouchements. — M. Demon.
Chimie médicale. — M. Lambling.
Pharmacie et Pharmacologie. — M. Lotar.
Histoire naturelle. — M. Th. Barrois.
Maladies nerveuses et mentales. — M. Dubiau.
Maladies des yeux. — M. de Lapersonne.
Maladies des enfants. — M. Castelain.

Dispositions réglementaires.

Les inscriptions trimestrielles doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet.

Munis d'un bulletin de versement qui leur sera délivré par le secrétaire de la Faculté, les étudiants se présenteront à la caisse du receveur des droits universitaires, 245, rue Solférino, pour acquitter les droits exigés.

Les aspirants au Doctorat doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique (Décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial (Décret du 28 juillet 1882).

Les aspirants au Diplôme supérieur de pharmacie doivent justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles et soutenir une thèse ; à défaut du grade de licencié, ils ont à accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques, et à subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique, et une épreuve orale sur les matières des licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie (Décret du 12 juillet et arrêté du 31 juillet 1878).

Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier, avant de prendre la première inscription, du grade de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, ou de celui de bachelier de l'Enseignement secondaire spécial, de 3 ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. Ils subissent un examen de fin d'année après la 4e et après la 8e inscription, et un examen semestriel après la 10e. (Décret du 26 juillet 1885).

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat d'études de l'enseignement spécial, ou le certificat de l'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle conformément au programme d'études des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le même certificat, ou le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, et, en outre, justifier de trois ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. (Décret du 26 juillet 1885.)

La session de novembre des examens de validation de stage officinal s'ouvrira, à la Faculté, le 6 novembre prochain ; celle des examens de fin d'année, le 5 du même mois. Le stage hospitalier des étudiants en médecine commence pour les aspirants au doctorat, avec la 9e inscription, et pour les aspirants à l'officiat, avec la 5e.

Lille, 29 octobre, 1886.

Mon cher ami,

Ma correspondance cette année sera courte et peu riche en faits dignes d'être signalés. La Faculté de Lille, en fonctionnement complet et régulier, suit sa carrière sans incidents. Les bâtiments s'achèvent et tout promet pour l'année qui vient une installation définitive des divers services, encore un peu à l'étroit dans les locaux actuels ; l'outillage se complète et ne laissera bientôt rien à désirer. Le côté matériel est ainsi assuré.

Le recrutement des élèves va progressant. Il atteint, ou à peu près, le chiffre de 400 ; dans ce chiffre sont compris les élèves en cours d'inscriptions et ceux qui terminent leurs examens. Le gros contingent est fourni par les élèves des trois premières années, car il faut bien convenir que le voisinage de Paris et surtout le désir légitime de prendre place dans l'internat de ses hôpitaux décime un peu notre quatrième année. Malgré cette restriction, il y a lieu de se féliciter à ce point de vue, surtout quand on songe au voisinage immédiat de la Faculté libre et aux moyens d'enrôlement dont elle dispose.

Les principales modifications portent cette année sur le personnel enseignant. Le concours d'agrégation nous a envoyé toute une phalange de jeunes maîtres, MM. Lemoyne et Chuffart, agrégés en médecine, M. de Lapersonne, agrégé en chirurgie, MM. Lambling et Morelle, agrégés en chimie, M. Thibaut, agrégé en pharmacie, M. Assaky, agrégé en anatomie, et enfin M. Barrois, agrégé en histoire naturelle. M. Baudry, agrégé, a été nommé professeur titulaire de pathologie externe.

La mise en application des règlements nouveaux sur la *limite d'âge* a atteint trois professeurs, MM. Garreau, Pétat et Joire. Ils emportent les regrets et l'estime de leurs collègues et des élèves. Les vides qu'ils laissent seront comblés sans doute dans un délai rapproché ; car le personnel de l'agrégation compte dès maintenant des hommes de valeur sur lesquels l'Université peut fonder de légitimes espérances.

Enfin M. Luignes, chargé du cours d'opthalmologie, a démissionné. Son successeur est M. de Lapersonne que désignaient naturellement ses anciennes fonctions de chef de clinique opthalmologique de la Faculté de Paris et sa compétence incontestable.

Vous voyez, mon cher ami, que l'enseignement médical de province, en ce qui concerne le Nord, suit un développement croissant ; l'élan est donné, l'avenir est assuré ; je n'en veux pour preuve que les compétitions nombreuses et cet entraînement qui poussent vers l'agrégation de nos facultés tant de jeunes hommes laborieux ; ils savent qu'ils trouveront dans ces nouvelles écoles tout ce qui est nécessaire au développement de leur carrière scientifique, et ils contribueront en retour au relèvement du niveau professionnel. Voilà enfin de la bonne décentralisation. Un peu plus d'autonomie, *et ça serait parfait.*

Dr X...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1886-1887.

Ouverture des cours le 3 novembre.

Professeurs honoraires : MM. Desgranges, B. Teissier, Paulet, Bouchacourt.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales. — M. Lépine, professeur ; clinique tous les matins, à 8 h. 1/2 ; leçons : mardi, jeudi et samedi, de 9 h. à midi ; vendredi, à 5 h. Hôtel-Dieu. — M. Bondet, professeur (semestre d'été). Hôtel-Dieu. — M. Rambaud, professeur adjoint ; leçons tous les jours. Hôtel-Dieu. (Les cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants.)

Cliniques chirurgicales. — M. Ollier, professeur ; clinique tous les matins ; leçons : lundi, mercredi, et vendredi. Hôtel-Dieu. — M. L. Tripier, professeur ; clinique tous les matins ; leçons : lundi, mercredi et vendredi. Hôtel-Dieu. (Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants.)

Clinique obstétricale. — M. Fochier, professeur ; clinique, leçon, mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 9 h. La Charité. Médecine, 4e année.

Clinique ophtalmologique. — M. Gayet, professeur ; clinique, mardi, samedi, de midi 1/2 à 1 h. 1/2. Hôtel-Dieu. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gailleton, professeur ; leçon : lundi, vendredi, de 8 h. à 9 h. Antiquaille. Médecine, 4e année.

Chimie minérale. — M. Glénard, professeur ; leçon : lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.

© BIU Santé

Matière médicale et botanique.— M. Cauvet, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

Zoologie médicale et anatomie comparée. — M. Lortet, professeur; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.

Anatomie. — M. Testut, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années.

Anatomie générale et histologie. — M. Renaut, professeur; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie interne. — M. Teissier, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Petit amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années.

Médecine légale. — M. Lacassagne, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la section C. La Morgue. Médecine, 4e année.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales. — M. Pierret.
Physique médicale. — M. Monoyer.
Chimie organique et toxicologie. — M. Cazeneuve.
Physiologie. — M. Morat.
Pathologie interne. — M. Berne.
Pathologie générale. — M. Mayet.
Anatomie pathologique. — M. R. Tripier.
Médecine opératoire. — M. Poncet.
Médecine expérimentale et comparée. — M. Chauveau.
Hygiène. — M. Rollet.
Thérapeutique. — M. Soulier.
Pharmacie. — M. Cholas.

II. Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des enfants. — M. Perroud, chargé d'une clinique complémentaire; leçon, vendredi, à 9 h. 1/2. La Charité. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des femmes. — M. Labovenne, chargé d'une clinique complémentaire; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année.

Enseignement auxiliaire.

Physique. — M. Didelot, agrégé, conférence, mardi, samedi de 3 heures à 4 heures, Amphithéâtre de physique, pharmacie, 1re année.

Hydrologie et denrées alimentaires. — M. Florence, agrégé, conférence, mardi, vendredi, de 2 heures à 3 heures. Laboratoire de pharmacie, pharmacie, 3e année.

Anatomie. — M. Jaboulay, agrégé, conférence, mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Amphithéâtre A, médecine, 2e et 3e année.

Pathologie externe. — M. X..., agrégé, conférence, mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 5 heures. Petit amphithéâtre H,, médecine, 2e et 3e année.

Conférences du semestre d'été.

Botanique. — M. Beauvisage.
Chimie biologique. — M. Linossier.
Toxicologie. — M. Hugounenq.
Pathologie interne. — M. Laure.
Embryologie. — M. Debierre.
Histologie. — M. Chandelux.
Doyen : M. Lortet.

La Bibliothèque de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin, de 9 heures et demie à 11 heures; l'après-midi, de 1 heure à 5 heures, et le soir, de 7 heures et demie à 9 heures.

Lyon, le 27 octobre 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je n'ai pour cette année aucun fait bien saillant à vous signaler dans le cours de notre vie universitaire. D'ailleurs, la mise en vigueur des nouveaux décrets réglant le fonctionnement des grands centres scientifiques, a créé à nos Facultés une existence nouvelle qui constitue dans leur histoire, comme une période de transition dont il faut attendre les fruits pour en apprécier l'importance. Nous remettrons donc à une période ultérieure un jugement qui ne saurait être porté actuellement d'une façon définitive; de même nous laisserons de côté certaines questions d'intérêt général que j'avais abordées déjà succinctement l'an passé, et qui seront discutées plus tard avec plus d'utilité.

Il est difficile de prévoir dès aujourd'hui le nombre des élèves qui fréquenteront nos amphithéâtres pendant l'année scolaires, ce chiffre devant être entièrement subordonné au nombre des inaugurations d'élèves de 1re année; il est à supposer cependant qu'à ce point de vue nous resterons à peu près dans le *statu quo*, le chiffre des thèses et des examens passés restant à peu près stationnaire. Ce qu'on peut avancer pourtant, c'est que notre jeune école ne laisse pas que de tenir largement sa place, et d'affirmer sa vitalité par l'importance des travaux qui en émanent, et par la haute estime où son personnel enseignant est tenu dans le monde savant. Nous ne pouvons oublier, en effet, que cette année l'Institut de France a ouvert ses portes à M. le professeur Chauveau : juste récompense d'une vie remplie par de patientes recherches et de glorieuses découvertes; et qu'il y a quelques jours à peine, c'est encore un des nôtres, le professeur Ollier qui était appelé à l'honneur de présider les séances du 2e Congrès des chirurgiens français.

Faut-il rappeler enfin que les différents jurys qui viennent de siéger à Paris pour les concours d'agrégation ont pu apprécier la valeur de nos candidats lyonnais. Dans n'importe quelle section, nos compatriotes se sont fait remarquer aussi bien par le nombre que par la solidité de leurs connaissances. Aussi n'y a-t-il aucune témérité à affirmer que d'ores et déjà l'avenir de la Faculté est assuré par la certitude d'un recrutement toujours digne d'elle.

En présence du succès de ces jeunes travailleurs, des sacrifices exigés d'eux, de la situation nouvelle et méritée que leur font les nouveaux décrets en les appelant tous sans distinction au sein de l'assemblée de la Faculté, mais des obligations aussi qu'ils leur imposent, il faut espérer que Monsieur le Ministre de l'Instruction publique fera droit à leur justes revendications, et ne refusera pas de leur créer une situation plus conforme aux services qu'on attend d'eux, en tout cas une situation égale à celle de leurs collègues dans les autres centres universitaires.

J'ai à vous signaler, mon cher Rédacteur, d'importantes modifications dans le personnel de l'Ecole. M. Delore a cru devoir donner sa démission de professeur-adjoint chargé de l'enseignement théorique des accouchements; les nouveaux règlements relatifs à la limite d'âge ont entraîné la retraite du professeur Bouchacourt qui avait occupé pendant de longues années, et avec grande distinction la clinique d'accouchements; enfin M. Paulet a été obligé de sacrifier son titre académique aux exigences de ses hautes fonctions dans la médecine militaire. Tous ses élèves et ses collègues ont déploré une détermination qui privait la Faculté d'un Maître qui avait si brillamment contribué au bon renom de son enseignement. MM. Bouchacourt et Paulet ont été nommés professeurs honoraires. Il était difficile de combler de pareils vides. Tout porte à croire pourtant que les nouveaux titulaires que la Faculté doit installer dans quelques jours ne laisseront pas péricliter l'héritage qui leur incombe. M. Testut déjà titulaire de la chaire d'anatomie à Lille et que d'importants services, comme de remarquables travaux, désignaient au choix de ses collègues, recueille la succession de M. Paulet; M. Fochier, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, préparé de longue date à cette tâche pour un grand service d'accouchements et une expérience approfondie des sciences gynécologiques occupera la chaire de clinique obstétricale.

Telles sont, mon cher Rédacteur, les nouvelles qui me paraissent de nature à intéresser plus directement les lecteurs du *Progès médical* et je suis heureux en vous les communiquant, de vous renouveler l'assurance de mon affectueux et respectueux attachement. Dr Z.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

Semestre d'hiver. (Du 3 novembre au 15 mars.)

Anatomie. — M. Bouchard. Splanchnologie. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 1 heure.

Pathologie externe. — M. Azam. Maladie du tissu cellulaire des bourses séreuses, des muscles, des tendons, des nerfs et artères. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 2 heures.

© BIU Santé

Pathologie interne. — M. Dupuy. Maladies des voies respiratoires et digestives. Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 heures.

Pathologie et thérapeutique générales.— M. Vergely. Des troubles dans les fonctions de l'appareil circulatoire. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures.

Médecine légale. — M. Morache. Les attentats contre les personnes. Lundi, Mardi, Vendredi, à 3 heures.

Histologie. — M. Viault. Organogénie et tératogène. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures.

Matière médicale. — M. Perrens. Etude des médicaments nouveaux. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 heure.

Semestre d'été. (Du 16 mars au 31 juillet.)

Thérapeutique.— M. de Fleury. Des médicaments qui confèrent, détiennent ou retiennent de la force. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h.

Hygiène. — M. Layet. Hygiène et pathologie professionnelles. Hygiène et colonisation. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures.

Médecine expérimentale. — M. Jolyet. De la respiration, de l'influence, des variations de la pression barométrique sur la vie. Démonstrations pratiques. Mardi, Jeudi, Samedi, à 4 heures.

Physiologie.— M. Oré. Des fonctions de nutrition. Mardi, Jeudi, Samedi, à 4 heures.

Anatomie pathologique. — M. Coyne. Anatomie pathologique générale des tumeurs, lésions de l'appareil respiratoire. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 3 heures.

Médecine opératoire. — M. Masse. Opérations qui se pratiquent sur l'appareil locomoteur et sur le système nerveux. Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 heures.

Pharmacie. — M. Figuier. Pharmacie galénique. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures.

Physique.—M. Merget. Chaleur, électricité, magnétisme. Mardi, Jeudi, Samedi, à 10 heures.

Histoire naturelle. — M. Guillaud. Etude botanique et médicale des familles : Polypétales et galopétales. Lundi, Mardi, Vendredi, à 10 heures.

Chimie.—M. Blarez, agrégé. Chimie organique médicale. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures.

Clinique.

SEMESTRE D'HIVER.

Clinique médicale. — M. Picot, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique chirurgicale. — M. Lannelongue, hôpital Saint-André, Mardi, Jeudi, Samedi, 9 heures 1/2.

Clinique ophthalmologique. — M. Badal, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h. 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale. — M. Pitres, hôpital Sainf-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique chirurgicale.— M. Demons, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 heures 1/2.

Clinique obstétricale. — M. Moussous, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 8 heures.

Cliniques annexes.

SEMESTRE D'HIVER.

Maladies chirurgicales des enfants. — M. Bitot, professeur honoraire. Hôpital des enfants. Vendredi, à 4 heures.

Maladies mentales des enfants. — M. Négrié. Hôpital des enfants. Mercredi, à 4 heures.

Maladies vénériennes. — M. Venot. Hôpital Saint-Jean. Jeudi, à 3 heures.

Maladies mentales. — M. N... Hôpital Saint-Jean. Jeudi, à 3 h.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Maladies chirurgicales des enfants. — M. Bitot, professeur honoraire. Hôpital des enfants. Vendredi, à 4 heures.

Maladies médicales des enfants. — M. Négrié. Hôpital des enfants. Mercredi, à 4 heures.

Maladies vénériennes. — M. Vénot. Hôpital Saint-Jean. Samedi, à 3 heures.

Maladies mentales. — M. N... Hôpital Saint-Jean, à 3 heures.

Conférences et cours complémentaires.

SEMESTRE D'HIVER.

Physique. — M. Bergonié, agrégé. Physique moléculaire acoustique. Optique. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h.

Chimie organique. — M. Carles, agrégé. Chimie minérale. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h.

Histoire naturelle (zoologie). — M. Nabias, agrégé. Mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1/2.

Accouchements. — M. Lefour, agrégé. Anatomie obstétricale, grossesse normale, accouchement normal. Mardi et jeudi, à 4 h.

Enseignement des élèves sages femmes externes. — M. Lefour, agrégé. 1re Année : Eléments d'anatomie descriptive. Mardi, jeudi, à 9 h. — 2e Année : Grossesse normale, accouchement normal. Lundi, mercredi, à 9 h.

Microbes pathogènes. — M. Artigalas, agrégé. Fièvres paludéenne et recurrente. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Enseignement des élèves sages-femmes externes. — M. Lefour, agrégé. 1re Année : Anatomie obstétricale. Mardi, jeudi, à 9 h. — 2e Année : Pathologie de la grossesse, dystocie. Lundi, mercredi, à 9 h.

Ophtalmologie. — M Lagrange, agrégé. Affection des voies lacrymales de la conjonctive et de la cornée. Mercredi, à 5 h , samedi, à 4 h.

Dermatologie. — M. Arnozan. Lupus, affections parasitaires. Jeudi, samedi, à 4 h.

Auscultation et percussion. — M. Rondot. Affection des voies respiratoires. Lundi, vendredi, à 5 h.

Pathologie externe. — M. Boursier. Affection des voies urinaires. Lundi, à 5 h., vendredi, à 3 h.

Toxicologie. — N....

Médecine légale. — M. Laude. Des falsifications.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Chimie médicale. — M. Denigès, chef des travaux. Préparations de chimie minérale et organique. Préparations de quelques médicaments usuels. Etude des humeurs normales et pathologiques. Vendredi et samedi, de 2 à 4 h. — Conférence préparatoire. Vendredi, à 1 h.

Histoire naturelle (zoologie). — M. Nabias, chef des travaux. Médecine (laboratoire d'histoire naturelle). Mardi, jeudi, de 8 à 10 h. Pharmacie (laboratoire d'histoire naturelle). Mercredi, vendredi, de 8 à 10 h.

Dissection. — M. Planteau, chef des travaux. Institut anatomique à Saint-Julien : Dissections. Tous les jours, de 1 à 5 h. Conférences. Mardi, jeudi, samedi, à 1 h.

Histologie. — M. Ferré, chef des travaux. Laboratoire d'histologie à Saint-Raphaël. Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 4 h.

Anatomie pathologique. — M. Coyne, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique à Saint-Raphaël. Mardi, jeudi, samedi, à 1 h.

Chimie minérale et pharmacie. Chimie organique analytique et toxicologie. — M. Denigès, chef des travaux. *1re année :* Principales préparations de chimie, pharmacie galenique et chimique, analyse qualitative. Mardi, mercredi, de 2 à 5 h. — Conférence préparatoire (petit amphithéâtre) à Saint-Raphaël. Lundi, à 1 h. — *2e Année :* Principales préparations de chimie organique, essai des substances médicamenteuses, analyse chimique qualitative et quantitative, toxicologie. Vendredi et samedi, de 2 à 5 h. Conférence préparatoire (petit amphithéâtre) à Saint-Raphaël. Jeudi, à 1 h.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Exercices de physique. — M. Merget, directeur. Médecine, laboratoire de physique, à Saint-Raphaël. Lundi, mercredi, vendredi, de 7 à 10 h.

Exercices d'histoire naturelle. — M. Nabias, chef des travaux. Médecine (laboratoire d'histoire naturelle). Mardi, jeudi, de 8 à 10 h. Pharmacie (laboratoire d'histoire naturelle). Mercredi, vendredi, de 8 à 10 h.

Médecine opératoire. — M. Planteau, chef des travaux. Exercices pratiques, à Saint-Julien. Lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 5 h.

Physiologie. — M. Oré, directeur. Laboratoire de physiologie, à Saint-Julien. Mardi, jeudi, samedi, 5 h.

Anatomie pathologique. — M. Coyne, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique, à Saint-Julien. Mardi, jeudi, samedi, de 1 à 3 h.

Chimie minérale et pharmacie, organique, analytique et toxicologie. — M. Denigès, chef des travaux. Mêmes conférences et travaux qu'au semestre d'hiver, à Saint-Raphaël. Lundi, à 1 h , mardi, mercredi, de 2 à 5 h., vendredi, samedi, de 2 à 5 h., jeudi, à 1 h.

Physique. — M Sigalas. Pharmacie : Laboratoire de physique, à Saint-Raphaël. Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 5 h.

Division des études.

SEMESTRE D'HIVER.

Médecine.

1re Année. — Doctorat-Officiat : Cours de chimie, physique, histoire naturelle. — Officiat : Ostéologie, arthrologie. — Travaux pratiques : Chimie, histoire naturelle (Doctorat et Officiat).

2e Année. — Doctorat : Cours d'anatomie, d'histologie.— Travaux pratiques : Dissection, histologie. — Officiat : Cours d'anatomie, de pathologie externe. — Travaux pratiques : Anatomie, stage hospitalier.

3e Année. — Doctorat : Cours d'anatomie, d'histologie, pathologie, médecine légale, matière médicale, cliniques. — Officiat : Cours

© BIU Santé

d'anatomie de pathologie interne et externe, cliniques interne et externe. — Travaux pratiques : Doctorat et Officiat. Anatomie, stage hospitalier.

4e *Année*. — Doctorat : Cours de pathologies, médecine légale, matière médicale cliniques et cliniques annexes. — Travaux pratiques : Anatomie pathologique. — Officiat : Cours de pathologies, matière médicale, cliniques interne, externe et accouchements. — Travaux pratiques : Anatomie, stage hospitalier.

Pharmacie.

1re *Année*. — Cours de chimie, physique, histoire naturelle. — Travaux pratiques : Chimie minérale et pharmacie.

2e *Année*. — Cours de chimie, physique, histoire naturelle. — Travaux pratiques : Chimie organique et analytique.

3e *Année*. — Cours de chimie, physique, histoire naturelle, matière médicale. — Travaux pratiques : Micrographie végétale.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Médecine.

1re *Année*. — Doctorat et Officiat : Cours de chimie, physique, histoire naturelle.— Travaux pratiques : Doctorat-Officiat Physique, histoire naturelle.

2e *Année*. — Doctorat : Cours de physiologie, médecine expérimentale cliniques. — Officiat : Cours de physiologie. — Travaux pratiques : Doctorat. Néant. — Officiat : Physiologie, stage hospitalier.

3e *Année*. — Doctorat : Cours de thérapeutique, hygiène, médecine expérimentale, physiologie, médecine opératoire, cliniques. — Officiat : Cours de physiologie, cliniques interne et externe. — Travaux pratiques : Doctorat. Physiologie, stage hospitalier. Officiat : Physiologie, médecine opératoire, stage hospitalier.

4e *Année*. — Doctorat : Cours de thérapeutique, hygiène, anatomie pathologique, médecine opératoire, cliniques et cliniques annexes. — Travaux pratiques : Doctorat. Médecine opératoire, anatomie pathologique, stage hospitalier. — Officiat : Cours d'hygiène, thérapeutique, cliniques interne, externe et accouchements. — Travaux pratiques : Officiat. Médecine opératoire, stage hospitalier.

Pharmacie.

1re, 2e, 3e *Années*. — Cours de chimie, physique, histoire naturelle, pharmacie. — Travaux pratiques : 1re année Chimie minérale et pharmacie ; 2e année : Chimie organique, analytique et toxicologie ; 3e année : Micrographie, physique.

PRIX DÉCERNÉS PAR LA FACULTÉ.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux décerne une série de prix à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études dans les deux ordres d'enseignement.

Médecine. — Prix de Faculté : 1re *année* : Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 2e *année* : Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 3e *année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres. 4e *année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres.

Prix du conseil général de la Gironde. — 300 fr.

Prix Gintrac. — 1,200 fr. (Ce prix sera décerné à la meilleure thèse soutenue de l'année scolaire 1883-84 à 1885-86.)

Prix Godard. — Des thèses de l'année. — Trois degrés de récompenses : 1° Une médaille d'or de 500 fr. 2° Deux médailles d'argent de 200 fr. 3° Des médailles de bronze. Ce prix, dans son ensemble, est d'une valeur de 1,000 fr., y compris les frais de la frappe des médailles.

Prix Godard. — Des Docteurs stagiaires de la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Ce prix, d'une valeur de 2,000 fr., est destiné à faciliter, soit le voyage à Paris que nécessite actuellement le concours de l'agrégation, soit un voyage spécial d'études médicales à l'étranger. A cet effet, un concours sera ouvert à la Faculté le lundi 25 octobre prochain. Sont admis à concourir pour ce prix tous les candidats qui ont été reçus docteurs en médecine à la Faculté depuis le 2 novembre 1883. Les candidats pour ce concours devront se faire inscrire à la Faculté avant le 15 octobre; limite extrême, le 16 avant midi.

Pharmacie. — Prix de Faculté : 1re *année* : Médaille d'argent et 30 fr. de livres. 2e *année* : Médaille d'argent et 75 fr. de livres. 3e *année* : Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. Les immunités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1re et de 2e année, la dispense des droits d'examen de fin d'année afférents à l'année suivante; pour les lauréats de 3e année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents.

Prix du Conseil général de la Gironde. 200 fr.
Prix Barbet. . . . . 50 fr.

Les *inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du 1er au 20 novembre, et pour les trimestres de janvier, avril et juillet, du 1er au 15 de ces mois. Les bacheliers reçus à la session de novembre, les étudiants qui n'ont passé qu'en octobre-novembre les examens correspondant aux 4e, 8e et 12e inscriptions et les engagés conditionnels d'un an, libérés à cette dernière époque, seront admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours.

Les *consignations* pour les examens seront reçues tous les jours, à dater du lundi 19 octobre, de 10 heures à midi. Une session, pour les ajournés du mois de juillet, aura lieu du lundi 25 octobre au samedi 30. Pour les autres candidats, les jurys fonctionneront à dater du 3 novembre. — Les examens de validation de stage officinal ont commencé le 3 novembre, à 8 heures du matin.

Les *cours* ont commencé le mardi 3 novembre. Les *travaux pratiques* commenceront le lundi 16 novembre.

Bordeaux, le 25 octobre 1886.

Mon cher rédacteur,

La prospérité de notre Faculté mixte de médecine et de pharmacie est telle que chaque compte rendu annuel nous réserve une surprise des plus agréables. Cela tient au zèle et à l'ardeur du personnel enseignant et administratif, à la bienveillance de la municipalité et de l'administration des hospices. Il n'est pas de difficultés qui ne soient surmontées. Dès l'année 1883, je vous ai donné un aperçu d'un nouvel hôpital d'enfants, qui devait être construit d'après les plans de M. Gélineau, architecte des hospices. Je ne reviendrai pas sur la description générale de cet établissement, si nécessaire dans notre ville et si précieux pour l'enseignement. Pour les détails de description intérieure, d'aménagements, de disposition, etc., j'en attendrai l'inauguration, qui, suivant toutes probabilités, aura lieu en janvier 1887.

La prise de possession des locaux est un fait accompli. Les services de clinique pour les maladies des enfants (clinique médicale, clinique chirurgicale), seront installés en novembre prochain. On attend pour cela les nominations des concours d'internat et d'externat qui ont lieu actuellement. Ces services nouveaux exigeaient un personnel plus considérable que celui des années précédentes. Aussi l'administration des hospices a-t-elle élevé le nombre des internes et des externes des hôpitaux.

Le début de l'année scolaire, qui vient de s'écouler, a été signalé par la mise à la retraite du doyen, le Dr Denucé, nommé professeur honoraire, et la nomination de son successeur, le Dr Pitres, professeur de clinique médicale. Le nom de ce maître est trop connu au *Progrès médical* et aux *Archives de Neurologie*, pour que j'insiste sur l'heureux choix du ministère, ratifié, du reste, par un vote essentiellement flatteur de tous les membres de la Faculté. Le Dr Pitres, joint, en effet, aux qualités de professeur et de clinicien, celles non moins précieuses de l'administrateur indépendant. Je vous signale, dans le même mois, les nominations des Drs Homneau et Lacharrière comme chefs de clinique chirurgicale, du Dr Phélippeau, chef de clinique adjoint.

Parmi les questions pendantes, il en est une qui mérite de nous arrêter un instant. Jusqu'à ce jour, les conférenciers qui complétaient l'enseignement des professeurs, recevaient un traitement annuel de 1,500 francs, bien que le décret qui institue les conférenciers près des Facultés de médecine, allouât 3,000 francs ; mais je me hâte d'ajouter que ces conférences ne duraient qu'un semestre au lieu de deux. Tel était l'état des choses, lorsque apparut, le 30 juillet 1886, un nouveau décret par lequel les agrégés sont astreints à faire des conférences pour compléter l'enseignement professoral. Par suite, les professeurs agrégés Lefour, Carles, Bergonié, Perier, Piéchaud, sont privés de l'allocation de 1,500 francs; inférieure au chiffre réel, elle n'en était que plus légitime. Nous tenons de bonne source qu'on s'est ému à juste titre de cette situation. Bien que la fibre économie joue, à l'heure présente, un grand rôle dans tous les ministères, dans celui de l'instruction publique en particulier, ne trouvez-vous pas qu'il y aurait injustice flagrante à priver ces messieurs de leur modeste traitement ? Ne vaudrait-il pas mieux qu'en l'occurence on transformât ces

© BIU Santé

conférences en cours complémentaires, ainsi que le conseil de la Faculté vient d'en émettre le vœu ? Cette modification aurait d'autant plus sa raison d'être que la conférence d'accouchements remplace un cours théorique, chaire qui n'existe pas dans notre Faculté, puisqu'il n'y a qu'une clinique. Autre preuve à l'appui de cette façon de voir. Dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, il y a deux chaires de chimie ; à Bordeaux, une seule existe, et encore n'y a-t-il pas de professeur titulaire. Toutefois le Dr Blarez, professeur agrégé de chimie, et le Dr Carles, également agrégé, font des conférences de chimie organique, un semestre chacun, l'enseignement est ainsi complété. Il en est de même pour la physique. Grâce aux conférences du Dr Bergonié, professeur agrégé, qui viennent se joindre à celles du professeur Merget, la physique médicale est enseignée en une année. De son côté, M. Perier, par ses conférences d'histoire naturelle et de zoologie complète la chaire occupée par le professeur Guillaud, lequel ne s'occupe exclusivement que de botanique. D'autre part, enfin, la Faculté a émis, en juillet dernier, le vœu de voir créer une maîtrise de conférences de toxicologie, nécessaire à l'enseignement complémentaire de la médecine légale. Cette proposition est restée sans réponse. Il y a là, évidemment, des lacunes à combler. Il en est de même du cours complémentaire des maladies mentales. En date du 1er janvier 1886, le Dr Taguet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, dont la science et le zèle nous sont bien connus, et qui en était chargé, a dû donner sa démission par suite de sa nomination comme médecin en chef dans un asile de Bretagne. Ce départ forcé a laissé une place vide que les circonstances ne permettent pas de remplir. Cette clinique avait lieu autrefois à l'hospice Saint-Jean. La Faculté a émis le vœu qu'elle fût transférée à l'hôpital Saint-André. C'eût été parfait ; mais l'administration préfectorale a fait des objections d'une valeur incontestable ; telles que l'aménagement, complètement insuffisant des cellules de l'hôpital, et la situation fausse qui découlerait de la responsabilité engagée vis-à-vis des familles des personnes qui y seraient conduites. En effet, les cellules ne sont que des locaux provisoires où sont conduits les malheureux soupçonnés d'aliénation mentale pour y être soumis à l'examen d'un médecin inspecteur avant d'être dirigés sur un asile. Cependant, comme il n'est pas de difficultés qui ne s'aplanissent, quand, de part et d'autre, on n'a en vue que l'intérêt des malades, et l'instruction des élèves, il y a tout lieu d'espérer que, dans un avenir assez rapproché, ce désidératum n'existera plus. Comme les années précédentes, plusieurs agrégés ont demandé de faire, à titre gracieux, des cours complémentaires. M. Arnozan : dermatologie ; M. Artigalas : micro-pathogénie ; M. Boursier : maladies de l'appareil urinaire ; M. Lagrange : maladies des yeux ; M. Lande : falsifications des substances alimentaires ; M. Rondot : percussion et auscultation. Il est à craindre qu'on ne donne pas suite à leur demande, par ce seul fait que, comme agrégés, ils sont tenus de faire des conférences.

Le concours de clinique médicale a eu pour résultats les nominations suivantes : Dr Rivaes ; Dr Ménard, chefs de clinique ; Dr Martin du Magny, chef de clinique adjoint. Celui de clinique obstétricale : Dr Chambrelent, chef de clinique ; Dr Massia, chef de clinique adjoint ; enfin celui de clinique des maladies des yeux : Dr Puech. Sur la demande de la Faculté, Monsieur le Ministre de l'Instruction publique a créé un emploi de chef des travaux pratiques de physique, spécialement pour les élèves en pharmacie. M. Sigalas, déjà préparateur en physique, a été appelé à ces fonctions auxquelles le désignaient le zèle et l'intelligence dont il avait fait preuve dans un service similaire depuis deux années. Je ne saurais passer sous silence les nouvelles recrues faites par la Faculté dans le courant de cette année. M. le Dr Demons, déjà professeur agrégé, a été nommé professeur de clinique externe, en remplacement de M. le Dr Denucé. Dans la section de chirurgie ont été nommés aux derniers concours qui ont eu lieu à Paris, les Drs Pousson et M. Denucé ; dans la section de médecine les Drs Moussous et Dubreuilh ; dans la section d'anatomie, le Dr Ferré ; dans la section d'histoire naturelle, le Dr Nabias. Aux termes du règlement, les fonctions de ces agrégés ont été fixées à huit années. Ils ne devraient entrer en fonctions que le 1er novembre 1887. Cependant, par suite de vacances dans le personnel des agrégés, MM. Pousson, Moussous, Ferré et Nabias sont appelés à exercer à partir du 1er novembre prochain.

J'ai eu l'occasion d'aller visiter les constructions de notre nouvelle Faculté et d'admirer, je puis le dire, ce qui est déjà élevé. C'est loin d'être terminé : Sans être prophète de malheur, je crois ne pas trop m'avancer en disant, que si, dans deux ans, il n'y a plus d'ouvriers, on pourra s'estimer bien heureux. Suivant toutes probabilités, les pavillons de 2e institut anatomiques seront livrés dans le courant de novembre prochain. Dès cet hiver, les dissections auront lieu dans les nouvelles salles. J'ai l'intention d'insister un jour non seulement sur la description détaillée de l'édifice. Mais encore sur l'aménagement et le fonctionnement de cet institut que je considère comme le plus important de la Faculté. On espère que la livraison des autres laboratoires, physiologie, anatomie pathologique ; histologie ; médecine expérimentale, médecine légale, hygiène, thérapeutique ; aura lieu dans le courant du second semestre. Quant aux locaux affectés à la bibliothèque, au musée, aux bureaux d'administration, il est difficile même de supposer une date de livraison.

Vous devez savoir que la Faculté de Montpellier a pris l'initiative de demander le retour des études médicales à l'ancien régime, pour les examens de Doctorat. La Faculté de Bordeaux a suivi son exemple et dans un rapport très étudié, est arrivée à des conclusions à peu près semblables. On parle beaucoup de la réorganisation du corps de santé de la marine. Il ne serait rien moins question que de supprimer les Ecoles de médecine navale. Bordeaux par sa situation géographique et par les ressources scientifiques qu'elle possède serait désignée pour une école d'application semblable à celle du Val-de-Grâce pour les élèves du service de santé militaire. Ce serait évidemment une grande ressource pour l'avenir de notre Faculté. Vous pouvez juger du présent par le recensement que je mets sous vos yeux. En comparant les résultats à ceux des années précédentes vous verrez que le total des recettes pour la ville a été progressif chaque année.

Années :	1883-84.	Totaux :	161.242 fr. 50.
—	1884-58.	—	167.442 fr. 50.
—	1885-86.	—	214.977 fr. 50.

ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886.	Examens probatoires subis.	Certificats d'aptitude délivrés.	Diplômes conférés		
Docteurs.	953	920	77	181	
Officiers de Santé.	32	14	4		
Pharmaciens de 1re classe (Diplome supr.)	»	»	»		
Pharmaciens. . de 1re classe.	165	108	38		
— de 2e classe.	134	88	29		
Sages-femmes. de 1re classe	63	30	30		
— de 2e classe	»	»	»		
Herboristes . . de 1re classe	1	1	1		
— de 2e classe	2	2	2		
Totaux.	1340	1163	181		
Recettes effectuées.				151.572 fr. 50	
Droits d'inscription que l'état rembourse à la Ville				63.405 fr. »	
Total des recettes pour la Ville					214.442 fr. 50

OBSERVATIONS. Elèves militaires. . . } En doctorat . . 32 / En pharmacie. »

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

X...

© BIU Santé

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'Ecole de Nantes comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Année scolaire 1886-87.

Les cours ont commencé le mercredi 3 novembre 1886.

Directeur : M. Laennec.
Professeur honoraire : M. Delamaie.

Semestre d'hiver.

Anatomie. — Tous les jours, à midi. Professeurs, MM. Joüon, Rouxeau, suppléant.
Chimie. — Tous les jours, à 1 heure. M. Andouard.
Physique. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures 1/2. M. Leduc.
Matière médicale. — Mardi, jeudi, à 5 heures. M. Menier.
Pathologie chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Montfort.
Médecine légale et hygiène. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Lapeyre.
Accouchements.—Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. M. Guillemet.
Les dissections, obligatoires pour les étudiants de 2e et 3e année sont dirigées par M. Lerat, chef des travaux anatomiques.

Semestre d'été.

Pharmacie et toxicologie.—Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. M. Herbelin.
Physiologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. M. Laennec.
Histologie et anatomie pathologique. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. M. A. Malherbe.
Histoire naturelle médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. M. Bureau.
Thérapeutique. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Chartier.
Pathologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. M. Viaud-Grand-Marais.
Médecine opératoire.—Bandages et appareils. — Mardi, jeudi, à 5 heures. M. Poisson, professeur suppléant.
Chimie biologique. — Mercredi, vendredi, à 3 heures. M. Bertin, professeur suppléant.
Pathologie générale.—Mercredi, samedi, à 5 heures. M. Hervouet, professeur suppléant.

Cliniques.

Clinique médicale.— Lundi, mercredi, vendredi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM. Malherbe et Trastour.
Clinique chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM. Chenantais et Heurtaux.
Clinique obstétricale.— Lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures du matin. Tous les étudiants de 3e et 4e année doivent suivre cette clinique. M. Guillemet.
Clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu. — Consultations gratuites tous les jours, sauf le mercredi, au Dispensaire de l'Ecole. Leçons théoriques et pratiques à 1 heure. M. Dianoux, professeur suppléant.
Clinique des maladies des enfants et des vieillards. — Hospice général, mardi, jeudi, samedi, de 7 à 9 heures. M. Kirchberg, suppléant.
La Bibliothèque est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures le matin, de midi à 4 heures et de 7 à 9 heures le soir. — Le *Musée anatomique* et celui des collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Cours obligatoires suivant les années d'études.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. — Hiver : Chimie, Matière médicale, Physique, travaux pratiques de chimie. Officiers de santé, ostéologie et arthrologie. — Eté : Histoire naturelle, chimie biologique, travaux pratiques d'histoire naturelle, travaux pratiques de physique.
Deuxième année. — Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, petite chirurgie. Officiers de santé, Pathologie chirurgicale. — Eté : Physiologie, histologie élémentaire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques d'histologie.
Troisième année. — Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, pathologie chirurgicale, accouchements. — Eté : Physiologie, anatomie pathologique, pathologie médicale, thérapeutique, clinique d'accouchements, médecine opératoire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques de médecine opératoire, travaux pratiques d'anatomie pathologique.
Quatrième année. — Hiver : Médecine légale, pathologie chirurgicale, accouchements. — Eté : Anatomie pathologique, thérapeutique, hygiène, clinique d'accouchements, médecine opératoire, pathologie médicale, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Les cours de chimie, physique, matière médicale, histoire naturelle, pharmacie et toxicologie, et les travaux pratiques afférents à ces cours sont obligatoires pour tous les étudiants en pharmacie.— Les travaux pratiques de chimie, obligatoires pour tous les élèves en pharmacie et tous les étudiants en médecine de première année, auront lieu : pour les étudiants en médecine de première année, les mardi, jeudi, samedi, de 1 à 4 heures. Pour les étudiants en pharmacie, les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, de 2 à 5 h. — Ils seront dirigés par M. Audrain, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques. — Les travaux pratiques de petite chirurgie auront lieu en novembre et décembre et seront dirigés par M. Poisson, professeur suppléant, mercredi et vendredi, de 2 à 3 h. — Des conférences de pharmacie pratique (étude du codex) seront faites les mardi et jeudi de chaque semaine, à 3 h., du 1er février au 31 mars, par M. Herbelin, professeur de pharmacie.— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique auront lieu les mardi et samedi, de 2 à 4 h., et ceux d'histologie élémentaire le jeudi de 2 à 4 h. et seront dirigés par M. A. Malherbe.— Les travaux pratiques de physiologie auront lieu tous les mercredis à 1 h. — Les travaux pratiques de pharmacie et toxicologie, obligatoires pour les étudiants en pharmacie, auront lieu les lundi et jeudi de chaque semaine, de 2 à 5 heures, et seront dirigés par M. Audrain, chef des travaux chimiques.— Manipulations de physique les mercredi, jeudi et vendredi de chaque semaine : Officiers de santé, le mercredi, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2; docteurs, le jeudi, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2; pharmaciens, le vendredi, de 2 à 5 h., par M. Lefèvre, professeur suppléant. — Travaux pratiques de micrographie végétale, les mercredi et samedi, de 2 à 5 h., par M. Cesbron, délégué. — Des herborisations, dirigées par M. Bureau, auront lieu tous les dimanches, pendant le semestre d'été. — Des conférences de matière médicale seront faites le mardi de chaque semaine, à 3 heures, du 1er juin au 1er août, par M. Ménier.

N. B.— Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'école, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883.)

Stage des étudiants en médecine. — Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant deux ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux placés près des écoles où ils prennent leurs inscriptions. — Les aspirants au doctorat qui prendront leur première inscription au mois de novembre devront être pourvus de leurs diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences restreint, et acquitter les droits de travaux pratiques et de bibliothèque, soit 60 fr. pour la première année, 40 fr. pour la deuxième et la troisième, et 20 fr. pour la quatrième. Les aspirants au titre d'officier de santé acquitteront les mêmes droits.

Nantes, le 27 octobre, 1886.

Mon cher Directeur,

Le nouveau régime institué dans les Ecoles de plein exercice n'a pas tardé à porter ses fruits; nous avons vu cette année le nombre de nos candidats au premier examen de doctorat s'élever à 21 et donner lieu à 17 réceptions. Le nombre des élèves s'élève à 127 inscrits régulièrement, soit : 45 candidats au doctorat, 29 à l'officiat, 11 candidats au grade de pharmacien de première classe et 42 au grade de pharmacien de seconde classe soit 127 en tout. Outre les élèves inscrits régulièrement il y a à l'Ecole de Nantes une appoint de 15 à 20 auditeurs, internes des hôpitaux ou élèves arrêtés dans leurs inscriptions par le baccalauréat ou par tout autre motif. Le progrès sur l'année précédente est de quatre élèves. Au point de vue de l'organisation de l'enseignement, la clinique ophtalmologique est sur le point d'être transformée en chaire de professeur titulaire, le Conseil général de la Loire-Inférieure et le Conseil Municipal de Nantes ayant voté chacun deux mille francs pour parfaire les 4,000 francs nécessaires à l'établissement de cette chaire. A ce propos, nous devons dire aux lecteurs du *Progrès médical* que l'établissement de cette chaire importante est dû tout entier aux efforts du Dr Dianoux qui ayant le titre de suppléant de chirurgie obtenu au concours a établi à l'Hôtel-Dieu de Nantes une consultation gratuite pour les maladies des yeux et fait fonder, grâce à une donation généreuse de

© BIU Santé

30,000 francs due à l'une de ses opérées reconnaissante, deux salles hospitalières consacrées aux maladies des yeux. La clinique ophtalmologique de Nantes a soigné pendant l'année qui vient de s'écouler environ 1500 malades.

Un service si important méritait la consécration qui ne tardera pas à lui être donnée officiellement par la création d'une chaire de professeur titulaire et nous ne doutons pas que M. Dianoux, le fondateur de l'enseignement ophthalmologique à l'Ecole de Nantes, ne soit nommé à cette chaire. On parle cependant d'une candidature appuyée sur des motifs extra-scientifiques ; mais jusqu'à nouvel ordre nous nous refusons à croire que le praticien distingué que des amis trop zélés ont voulu lancer sur cette piste se prête à cette réédition par trop flagrante du *sic vos non vobis*.

Le personnel enseignant de l'Ecole s'est accru par la création d'une place de suppléant de physique et la nomination à cette place de M. Lefèvre, après un remarquable concours.

Parmi les desiderata que présente encore l'installation de notre école, je signalerai l'absence d'un laboratoire de bactériologie. Cette partie des sciences médicales paraît appelée à prendre une importance si grande que je ne doute pas de voir bientôt combler cette lacune. Je ne rééditerai pas pour cette année l'exposé des raisons qui me font désirer une Faculté de Médecine à Nantes. Les temps n'y sont point favorables. Mais je conserve précieusement mon opinion sur ce point et j'y reviendrai plus tard.

Pour terminer cette lettre déjà trop longue, permettez-moi, mon cher Directeur, de dire un mot des relations de l'Ecole de Médecine avec ses supérieurs hiérarchiques dans l'Université.

L'Ecole de Médecine de Nantes dépend de l'Académie de Rennes ainsi que les écoles d'Angers et de Rennes.

Les trois Ecoles réunies nomment un délégué pour les représenter toutes les trois au Conseil académique.

Or, les Ecoles de Rennes et d'Angers n'étant ni l'une ni l'autre de *plein exercice* et ayant à elles deux fois moins d'élèves que l'Ecole de Nantes, votent toujours ensemble et il en résulte que c'est toujours un professeur de Rennes ou d'Angers qui est choisi, et que l'Ecole de Nantes, malgré son extrême supériorité à tous égards, n'est jamais représentée.

Ne serait-il pas plus juste qu'un établissement aussi important fût soustrait à la hiérarchie des inspecteurs et recteurs de l'Académie et communiquât directement avec le ministère. On sait combien les hommes éminents, distingués dans les sciences et dans les lettres, qui sont recteurs ou inspecteurs, sont en général étrangers aux choses de la médecine, cette science spéciale entre toutes. On le sait si bien que les Ecoles de médecine de province ont leur inspecteur spécial, le professeur Gavarret. On conçoit également combien une certaine autonomie est nécessaire aux établissements d'enseignement supérieur, et récemment encore nous avons vu qu'au ministère on se préoccupait de l'indépendance des Facultés. Il serait bien désirable que tous ces projets ne restassent pas du blanc sur du noir et qu'un établissement où les études n'ont donné que de bons résultats fût récompensé de ses efforts par une autonomie féconde en progrès. Dr X...

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Directeur : M. le Dr J. Chapplain.
Professeurs honoraires : MM. Roberty et Girard.

Semestre d'hiver 1886-1887.

Les cours auront lieu, à partir du 3 novembre, dans l'ordre suivant :

Clinique.

COURS ANNUELS.

Cliniques médicales : MM. Villard, professeur, Fallot, chargé de cours, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Cliniques chirurgicales. — MM. Chapplain et Combalat, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Clinique obstétricale. — M. Magail, professeur, hôpital de la Conception, à 11 h. du matin. Etudiants en médecine de 4e année.

MM. les Chefs de clinique feront, en outre, des conférences dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Cours d'hiver.

Anatomie. — M. Rampal, professeur, mardi, jeudi, samedi, Gamel, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 3/4. Etudiants en médecine de 1re année. (Officiat de santé). De 2e et 3e année. (Officiat et Doctorat).

Chimie médicale. — M. Rousset, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2 du matin. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Physique médicale. — M. Caillol de Poncy, professeur, lundi mercredi, vendredi, à 6 h. du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Pathologie interne. — M. Nicolas-Duranty, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Matière médicale. — M. Heckel, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histologie. — M. Jourdan, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Hygiène. — M. Pauchon, chargé de cours, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année.

Ophthalmologie. — M. Marcobelles, professeur suppléant ; consultation : lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. de l'après-midi ; leçon lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. Etudiants en médecine de 4e année.

Travaux pratiques. — Dissections.

M. Alezais, chef des travaux anatomiques, fera, les lundi, mercredi, et vendredi, à 3 h. de l'après-midi, une leçon sur l'ostéologie. Les pavillons d'anatomie sont ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 2e et 3e année, Elles ont lieu de 3 heures à 6 heures, sous la direction de M. N..., prosecteur, et de MM. Roux, Schnell et Pagliano, aides d'anatomie.

Les travaux pratiques de chimie et de pharmacie, les conférences sur les manipulations et les travaux pratiques d'histoire naturelle et d'histologie, auront lieu aux heures habituelles, sous la direction de MM. Robert et Blanc, chefs des travaux.

Par décision du Conseil de l'École, les registres d'inscription seront ouverts du 20 octobre au 5 novembre.

Cours complémentaire.

Clinique des maladies mentales, à l'asile Saint-Pierre, où sont admis, sur la présentation de leurs cartes, MM. les étudiants en médecine de 3e et 4e année.

Marseille, le 28 octobre 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

La situation de l'Ecole de médecine de Marseille ne s'est pas modifiée favorablement depuis l'année dernière, et je dirai, comme votre correspondant de 1885, qu'elle vit dans le marasme.

L'expérience est faite aujourd'hui. Il est une réforme indispensable sans laquelle toutes les améliorations apportées dans l'outillage, toutes les dépenses que s'imposent la Ville et l'Etat resteront absolument inutiles, sans laquelle notre école de plein exercice mènera une existence de plus en plus précaire. C'est, à défaut de sa transformation en Faculté (ce qui serait la solution la plus pratique), la réforme du jury présidant aux examens du doctorat. Tant que les professeurs des écoles de plein exercice seront exclus de ce jury et seront ainsi privés de la sanction sans laquelle l'enseignement est peu ou non suivi, c'est-à-dire de l'*examen*, les élèves prendront le parti, à tort ou à raison, de faire intégralement leurs études dans une Faculté.

Tel est le péril qui nous menace! Nous avons le ferme espoir que, dans un avenir prochain, on saura le conjurer et qu'on ne laissera pas improductives les immenses ressources dont dispose l'Ecole de Marseille.

Veuillez agréer, etc. Dr X.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Alger.

A l'École préparatoire de médecine et de pharmacie l'enseignement est donné par douze professeurs titulaires, deux professeurs de cli-

© BIU Santé

nique complémentaire, six professeurs suppléants, deux chefs de travaux, trois chefs de clinique, un prosecteur et un aide d'anatomie, et quatre préparateurs de physiologie, d'histoire naturelle, de chimie et de pharmacie. Il y a en outre deux cours libres de pathologie mentale et nerveuse et de maladies du larynx, du nez et des oreilles

Directeur : M. TEXIER.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. TBOLARD.
Physiologie. — M. REY.
Pathologie interne. — M. TEXIER.
Pathologie externe. — M. VINCENT.
Clinique médicale. — M. GROS.
Clinique chirurgicale. — M. BRUCH.
Clinique obstétricale et gynécologique. — M. TROLLIER.
Hygiène et médecine légale. — M. SÉZARY.
Thérapeutique. — M. A. BOURLIER.
Histoire naturelle. — M. TRABUT.
Pharmacie et matière médicale. — M. BATTANDIER.
Chimie et toxicologie. — M. N...

Cours complémentaires de clinique.

Maladies syphilitiques et cutanées. — M. GÉMY.
Maladies des enfants. — M. CAUSSANEL.

Professeurs suppléants.

Anatomie et physiologie. — M. RAMAKERS.
Chaires de pathologie et de clinique internes. — M. MOREAU.
Chaires de pathologie et de clinique externes. — M. MERZ.
Chaire de chimie et toxicologie. — M. GUILLEMIN, chargé aussi du cours de physique.
Chaire de pharmacie et matière médicale. — M. DUCRUZEL.
Chaire d'histoire naturelle. — M. SOULIÉ.
Chef des travaux anatomiques. — M. DESHAYES.
Chef des travaux chimiques. — M DUCRUZEL.
Chefs de clinique : MM. SALIÈRE (médecine); N... (chirurgie); COCHEZ (obstétrique).
Préparateurs : MM. LABBÉ (prosecteur d'anatomie); FUMAT (aide d'anatomie); CHALANÇON, préparateur de physiologie; HANOUNE (chimie); BENOIT (Histoire naturelle); HUGUES (Pharmacie).

L'instruction pratique est donnée comme il suit :

Cliniques. — C'est à l'hôpital civil de Mustapha, comprenant 600 lits répartis en onze services, que l'Ecole a ses cinq cours de clinique, et de plus, un pavillon spécial avec amphithéâtre d'opérations, servant de salle de cours, salle d'oculistique, laboratoire de chimie, cabinets, etc., spécialement destinés à l'enseignement de la clinique et édifiés par le Conseil Général.

1° *Clinique médicale.* — Elle occupe un pavillon de 40 lits (Salle Trousseau) avec cabinets d'isolement pour les hommes, et la moitié d'un autre pavillon (Salle Bichard) avec 20 lits et cabinets pour les femmes. Ce service a reçu cette année 363 malades : 108 femmes, 255 hommes.

2° *Clinique chirurgicale.* — Ce service occupe un pavillon (Salle Dupuytren) de 40 lits avec cabinets pour les hommes et dans le pavillon (Salle Bichat) 20 lits et des cabinets pour les femmes. Il y a été traité 265 malades : 85 femmes et 180 hommes et 141 opérations importantes ont été pratiquées.

3° *Clinique obstétricale.* — De création récente, elle occupe le pavillon de la maternité (Salle Dubois) et comprend une salle pour les femmes attendant leur délivrance de 20 lits, une salle d'accouchées, 16 lits avec des berceaux, une table d'accouchements. Dans l'année, il a été pratiqué 150 accouchements et admis 166 femmes.

4° *Clinique des maladies des enfants.* — Installée lors de sa création dans deux anciens pavillons, ce service a été tranférée, cette année, dans les nouveaux bâtiments de l'hôpital Il occupe le pavillon Guersaut, comprenant 80 lits. 40 pour les filles, 40 pour les garçons. Il y a été traité 405 enfants : 163 filles, 242 garçons.

5° *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — Elle occupe dans deux anciens pavillons une salle de 35 lits pour la dermatologie et deux autres de 66 lits ensemble pour les syphilitiques. C'est le dernier service de clinique installé. Ce service a reçu 596 malades, 139 pour maladies cutanées et 457 pour la syphilis ; sur ce total de 596 malades, on compte 152 Indigènes, dont 43 étaient dans le service de dermatologie.

La plupart des services autres que les cliniques sont occupés par des professeurs de l'Ecole, médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au concours. Les étudiants y trouvent un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie. L'hôpital a 12 internes en médecine, 10 en pharmacie et un externe par service. Les internes et les externes sont nommés au concours ; pour se présenter à l'internat, il faut avoir été externe pendant un an après concours ou avoir deux années de stage hospitalier. Les appointements des internes sont fixés comme il suit : 1re classe, 1200 fr. par an ; 2e classe 1000 fr., provisoires, 800 fr. quand ils sont en exercice.

Prix Poisson. — Le prix remis à la séance de rentrée des écoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 francs. Le lauréat est promu à la 1re classe et prorogé d'une année dans ses fonctions. Ce prix, ainsi désigné du nom de son fondateur, est destiné à encourager chez les élèves le goût des recherches anatomiques pathologiques. Les épreuves, consistent en une série de pièces d'anatomie pathologique devenant la propriété de l'Ecole et un mémoire sur les maladies observées.

Anatomie et médecine opératoire. — En attendant l'achèvement des nouvelles écoles, les travaux pratiques d'anatomie et de médecine opératoire ont lieu à l'hôpital civil, dans un pavillon comprenant un amphithéâtre de dissection, une petite salle de cours et deux cabinets, pour le professeur et le chef de travaux, le prosecteur et l'aide d'anatomie. Le nombre des sujets est de 100 environ pour le semestre d'hiver, (dissection) et de 60 pour celui d'été (Médecine opératoire). C'est une diminution sur les années précédentes, aussi l'Ecole a dû faire certaines démarches pour assurer le fonctionnement de ces travaux. Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef de travaux, du prosecteur et de l'aide d'anatomie, les élèves sont munis de carnets sur lesquels sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant l'hiver. Les exercices de Médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine en été, ils sont dirigés par le professeur suppléant des chaires de chirurgie ; les autres jours, les élèves peuvent s'exercer sous la surveillance du prosecteur.

Chimie. — Les travaux pratiques ont lieu pendant toute l'année scolaire sous la direction du chef de travaux et du préparateur. Les élèves sont divisés par série. Ceux de 1re année (Médecine et Pharmacie) sont réunis en une série, les élèves en pharmacie de 2e et de 3e année forment la seconde. Les séances de manipulations ont lieu deux fois par semaine pour chaque série, elles durent 3 heures chacune. Les élèves inscrivent leurs préparations sur des carnets que contrôle le chef de travaux. Depuis le semestre d'été de la présente année, les travaux pratiques et les cours de chimie ont eu lieu aux pavillons de chimie des nouvelles Ecoles du camp d'Isly.

Histoire naturelle. — Les travaux pratiques ont lieu encore dans une salle du pavillon des cliniques de l'Ecole à l'hôpital civil, en attendant le prochain transfert dans les nouveaux bâtiments du camp d'Isly. Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques qu'ils reproduisent par le dessin. Pour ces études, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu deux fois par semaine, pendant toute l'année, sous la surveillance du professeur, il sont dirigés par le professeur suppléant et le préparateur.

Pharmacie et matière médicale. — Les manipulations ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur suppléant, elles sont spéciales aux élèves en pharmacie de 2e et 3e année. Les élèves sont répartis par groupes ayant la disposition d'un microscope, et disposant des instruments du laboratoire, chambre claire microtomes, etc. Toutes les préparations sont dessinées.

Histologie, anatomie pathologique — Ces travaux ont été installés dans un petit laboratoire construit sur des galeries de l'ancien local de la rue René-Caillé, bien éclairé. Les séances ont lieu une fois par semaine en dehors des conférences faites par les suppléants et sous leur direction. Les élèves sont exercés à l'examen de pièces préparées et à la préparation de pièces mises à leur disposition ; ils examinent ainsi des tumeurs et des produits pathologiques : les meilleures préparations sont conservées pour l'étude.

L'Ecole possède aussi un petit *jardin botanique* à l'hôpital civil ; il sera transporté plus tard aux nouvelles écoles. Un musée d'anatomie normale et pathologique à l'amphithéâtre de dissection. Une collection d'histologie normale et pathologique à l'Ecole de médecine, un droguier à l'Ecole aussi ; une collection d'histoire naturelle (zoologie et botanique) au pavillon de l'Ecole à l'hôpital et à l'Ecole.

La notice de l'année dernière constatait que tous les travaux pratiques avaient lieu dans des locaux exigus et insuffisants, installés provisoirement ; on même temps elle entrait dans quelques détails sur les travaux en cours d'exécution au camp d'Isly et sur les bâtiments qui devaient être prochainement mis à la disposition de l'Ecole. Les espérances d'alors sont devenues réalités Depuis le mois de mars 1886, les pavillons de physiologie et de chimie ont été livrés ; les cours de physiologie, de chimie et d'histoire naturelle, ainsi que les travaux pratiques de chimie ont eu lieu dans les nouveaux locaux Une partie de l'enseignement de l'Ecole est donné au camp d'Isly, et il y a tout lieu d'espérer que d'autres cours encore y seront faits à partir de la présente année, en attendant que toute l'Ecole y soit transférée, ce qui ne saurait tarder si l'on juge d'après ce qui s'est passé jusqu'à présent. Alors l'Ecole de médecine d'Alger espère bien voir réaliser son vœu le plus ardent que justifient les succès des élèves, l'élévation au plein exercice.

© BIU Santé

Ecole d'Amiens.

Directeur, — M. Lenoel.
Directeur honoraire : M. Herbet.

Professeurs titulaires.

Clinique interne. — M. Padieu.
Clinique externe. — M. Herbet.
Pathologie interne. — M. d'Heilly.
Pathologie externe. — M. Peulevé.
Clinique obstétricale et gynécologie. — M. Lenoel, père.
Anatomie. — M. Mollien.
Physiologie. — M. Scribe.
Hygiène et thérapeutique. — M. Richer.
Histoire naturelle. — M. Bernard.
Chimie et toxicologie. — M. Bor.
Pharmacie et matière médicale. — M. Debionne.
Physique. — M. Delage.

Professeurs suppléants.

Clinique interne et pathologie interne. — M. Bax.
Clinique externe et pathologie externe. — M. Léger.
Anatomie et physiologie. — M. Lenoel, fils
Thérapeutique, histoire naturelle. — M. Wallet.
Chef des travaux anatomiques et physiologiques. — M. Léger.
Chef des travaux chimiques et physiques. — M. Wallet.
Prosecteur d'anatomie. — M. Lenté.
Aide d'anatomie. — M. Andrieu.
Préparateur de chimie. — M. Farcy.
Préparateur de pharmacie. — M. Leroux.
Préparateur de physique. — M. Dauphin.
Préparateur d'histoire naturelle — M. Segard.
Chef de clinique médicale. — M. Paucelier.
— *chirurgicale*. — M. Huber.
Secrétaire. — M. Boalfroy.
Bibliothécaire. — M. Chivot.

Ecole d'Angers.

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers possède onze professeurs titulaires, 4 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux. — Directeur : M. Meleux. Les chaires sont les suivantes :

Thérapeutique et hygiène. — M. Bahuaud, professeur.
Clinique chirurgicale. — M. Dezanneau, professeur.
Pathologie externe. — M. Douet, professeur.
Clinique interne. — M. Farge, professeur.
Pathologie interne. — M. Feillé, professeur.
Accouchements. — M. Guignard, professeur.
Physiologie. — M. Legludic, professeur.
Histoire naturelle. — M. Lieutaud, professeur.
Anatomie. — M. Meleux, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Raimbault, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Tesson, professeur.
Professeurs suppléants. — M. Jagot, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Mareau, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Gaudin, chargé du cours de physique. — M. N..., anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. N..., chef des travaux anatomiques. — M. N..., chef des travaux chimiques.

Enseignement pratique.

L'hôpital a 400 lits, tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. — *Clinique médicale* : hommes, 40 lits; femmes 30; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits; femmes, 25; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits. — L'hôpital a cinq internes titulaires et 2 internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. — Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. — Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, un en second, deux aides, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes). — Physique, etc. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5,000 volumes de médecine. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections.

Ecole de Besançon.

Directeur : M. Chenevier. — *Professeurs honoraires* : MM. Sandderet de Valonne ; Druhen aîné.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Bruchon, professeur.
Physiologie. — M. Bornier, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Boisson, professeur.
Histoire naturelle médicale. — M. Magnin, professeur.
Clinique interne. — M. Coutenot, professeur.
Clinique externe. — M. Saillard, professeur.
Clinique obstétricale. — M. Druhen jeune, professeur.
Hygiène et thérapeutique. — M. Chenevier, professeur.
Pathologie interne. — M. Gauderon, professeur.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Chapoy, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Faivre, professeur.
Physique médicale. — M. Henry.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Histologie normale. — M. Gounand.
Anatomie pathologique. — M. N....
Chirurgie des armées et médecine opératoire. — M. N...
Chimie organique. — M. Faivre-Dupaigre.
Histoire naturelle. — M. N...
Chef des travaux anatomiques. — M. N...
Chef des travaux chimiques. — M. Serres.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 2 préparateurs et 2 aides. Un chef de clinique, 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'École. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 20 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. Les laboratoires sont bien installés et le mobilier va s'augmentant chaque jour. La bibliothèque, contenant plus de 5000 volumes, est à la disposition des élèves qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'école. — L'Ecole va être réorganisée conformément au décret du 1er août 1883.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Bourienne ; — *Secrétaire* : M. Carrelet.
Semestre d'hiver 1886-1887.

Les cours ont recommencé à partir du 3 novembre dans l'ordre suivant :

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Deloney, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 7 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu.
Clinique interne ou médicale. — M. Auvray, professeur, tous les lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.
Clinique obstétricale. — M. Bourienne, professeur, les mardis, vendredis et samedis, à 9 heures à l'Hôtel-Dieu.
Anatomie. — M. Gidon, professeur, les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi, à l'Institut anatomique.
Pathologie interne. — M. X..., professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures, au palais de l'Université.
Chimie et toxicologie. — M. Le Petit, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 heures 1/2, palais de l'Université.
Hygiène et thérapeutique. — M. Chancerel, professeur, les mardi et jeudi, à 5 heures, vendredi et samedi, à 4 heures du soir.
Physique médicale. — M. Pauchon, chargé du cours, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 4 heures.
Physique et chimie (cours complémentaire). — M. De Forezand, suppléant, mardi et vendredi à 9 heures.
Dissections. — M. Moutier, chef des travaux anatomiques; tous les jours de 1 heure à 4 heures.
Anatomie et histologie pathologiques (cours complémentaire). — M. Gosselin, svppléant, mercredi, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu.
Anatomie (cours complémentaire). — M. Moutier, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, vendredi et samedi, à midi.
Leçons élémentaires sur l'ostéologie et l'arthrologie. — Pendant les mois de novembre et de décembre seulement, les mardi et mercredi à 3 h. 1/2, palais de l'Université, M. X..., suppléant.

© BIU Santé

Travaux chimiques au laboratoire de l'Ecole, sous la direction de M. Picard, les lundi et samedi, de 7 heures à 11 heures du matin, vendredi, de midi à 4 heures.
Chef des travaux de physique. — M. Picard.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Directeur honoraire. — M. le Dr Fleury.
Directeur. — M. le Dr Ledru.
Secrétaire. — M. le Dr Dourif.

Cours annuels, Professeurs.

Clinique externe. — M. N...
Clinique interne. — M. Bourgade.
Thérapeutique. Matière médicale. — M. Imbert Gourbeyre.
Pathologie interne. — M. Dourif.
Pathologie externe. — M. Ledru.
Histoire naturelle. — M. Girod, chargé du cours.
Anatomie. — M. Tixier.
Physiologie. — M. Gagnon.
Chimie minérale. — M. Huguet.
Pharmacie. — M. Rocher.
Accouchements. — M. N...

Professeurs suppléants.

Petite chirurgie et médecine opératoire. — M. Bousquet.
Physique médicale. — M. Ch. Truchot.
Histologie. — M. Pagelat.
Pathologie interne. — M. Fouriaux.
Chimie organique. — M. Ch. Truchot.
Chef des travaux anatomiques. — M. Pojolat.
Chef des travaux chimiques. — M. Bergounhioux.

Vastes laboratoires de chimie, amphithéâtres d'anatomie, où arrivent de nombreux cadavres provenant de l'Hôtel-Dieu, de l'asile d'aliénés de Clermont, de la maison centrale de Riom.
Cliniques médicales et chirurgicales, pourvues de nombreux malades. Salles d'accouchements mises à la disposition des élèves.

Ecole de Dijon.

Directeur. — M. Gautrelet.
Secrétaire. — M. François.
Professeurs honoraires. — M. Chanut. — M. Morlot.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Maillard.
Physiologie. — M. Tarnier.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Fleurot.
Pathologie interne. — M. Misset.
Clinique interne. — M. Deroye.
Clinique externe. — M. Parizot.
Accouchements, maladies des femmes et enfants. — M. Gautrelet.
Matière médicale et pharmacie. — M. Viallanes.
Chimie minérale. — M. Margottet, chargé de cours.
Histoire naturelle. — M. Laguesse.
Hygiène et thérapeutique. — M. Collette.

Professeurs suppléants.

Hygiène. — M. Quiog.
Anatomie et physiologie. — M. Pauffard.
Physique médicale — M. Hébert.
Chef des travaux anatomiques. — M. N...
Chef des travaux chimiques. — M. Bellier.
Cours de médecine opératoire et chirurgie des armées. — M. N...

Ecole de Grenoble.

Directeur : M. J. Berger ; *Secrétaire :* M. Imbert.
Professeur honoraire : M. Michaud.

Semestre d'hiver 1886-1887.

Les cours de ce semestre ont commencé le 3 novembre 1886.

Clinique interne. — M. Berger, professeur ; lundi, vendredi, à 8 heures 1/2.
Clinique externe. — M. Girard, professeur ; mardi, samedi, à 8 heures 1/2.
Anatomie. — M. Allard, professeur ; lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 heures. — M. Pegoud, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques ; mardi, jeudi, à 11 heures. — Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves ; elles ont lieu tous les jours sous la direction du chef des travaux anatomiques, M. Pégoud.
Hygiène et thérapeutique. — M. Berlioz, professeur ; lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 3 heures.
Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur ; mardi, vendredi, à 2 heures 1/4.
Chimie et toxicologie. — M. Raoult, professeur ; lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations.* M. Verne, chef des travaux chimiques ; mercredi, à 1 heure. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Pathologie interne. — M. Bisch, professeur ; mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures.
Histoire naturelle (zoologie). — M. Carlet, professeur ; mardi, vendredi, à 1 heure.
Physique. — M. Hurion, professeur ; mercredi, samedi, à 9 heures

Semestre d'été 1886-1887.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1887.
Clinique interne. — M. Berger, professeur ; lundi, vendredi, à 8 heures 1/2.
Clinique externe. — M. Girard, professeur ; mardi, samedi, à 8 heures 1/2.
Histoire naturelle (botanique). — M Carlet, professeur ; mardi, vendredi, à 2 heures 3/4.
Clinique et cours d'Accouchements. — M. Rey, professeur ; lundi, mercredi et samedi, à 1 heure. Leçon à 1 heure.
Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur ; mardi, vendredi, à 7 heures 1/2 du matin.
Chimie et toxicologie. — M. Raoult, professeur ; lundi, jeudi, à 2 heures. — *Manipulations* dirigées par le Chef des travaux chimiques, M. Verne ; mercredi, à 3 heures. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Turel, professeur ; lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. 3/4. Samedi, à 3 h. 3/4, démonstrations pratiques par le professeur. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Physiologie. — M. Montaz, professeur ; mardi, mercredi, vendredi samedi, à 4 heures.
Physique. — M. Hurion ; mercredi et samedi, à 9 heures.

Cours complémentaires.

Exercices pratiques de physique. — M. N.., professeur suppléant, mardi, vendredi, à 3 heures.
Anatomie générale. Histologie. — M. Nicolas, professeur suppléant, lundi, jeudi, à 2 heures.
Exercices pratiques d'histoire naturelle. — M. Gagneu, professeur suppléant, jeudi à 4 heures.
Exercices pratiques de pharmacie. — M. Giroud, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 4 heures.
Conférences dirigées par les Chefs de travaux et par les Suppléants pendant les deux derniers mois du semestre.
Circonscription de l'Ecole : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Dispositions générales. — Des registres d'inscriptions sont ouverts au Secrétariat de l'Ecole pour les aspirants au doctorat en médecine, au titre d'officier de santé, au titre de pharmacien de première et de deuxième classe. Tout candidat qui prendra une première inscription sera tenu de déposer entre les mains du secrétaire de l'Ecole : 1° Son acte de naissance, constatant qu'il a au moins dix-sept ans accomplis ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur l'autorisant à suivre les cours de l'Ecole ; 3° L'indication de son domicile dans Grenoble et celle du domicile de ses parents ; 4° L'étudiant qui aspire au doctorat doit produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et celui de bachelier ès sciences restreint ou complet ; 5° L'aspirant au titre de pharmacien de 1re classe doit produire le diplôme de bachelier ès sciences ou de bachelier ès lettres, ou de l'enseignement spécial ; 6° L'élève qui aspire au titre d'officier de santé doit déposer le certificat de grammaire exigé, par les règlements, ainsi que le certificat d'examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial ; 7° L'aspirant au titre de pharmacien de 2e classe doit produire, en s'inscrivant, le certificat de grammaire et le certificat d'examen de validation du stage (Règlement du 31 août 1878). Les inscriptions sont gratuites. Le registre des inscriptions sera ouvert pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre. L'inscription ne sera acquise et délivrée que les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux cours obligatoires pendant tout le trimestre écoulé.
Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous ces élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée et se continuer jusqu'à la quatorzième inclusivement (décret du 18 juin 1862). Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite

© BIU Santé

des vacances, de dix mois complets de service effectif et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement. Les élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie doivent s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des Sciences. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement.

Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine comptent, pour toute leur valeur, comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires, la rétribution à verser est fixée à 15 fr. par trimestre pour la première année et 10 fr. par trimestre pour les 2e et 3e années et 5 fr. pour la 4e année (*Officiat*, décret du 20 juin 1878).

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de 1re classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe sont tenus de prendre douze inscriptions (décret du 15 juillet 1875). Les étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année (idem). Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois premières années de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 fr. par trimestre (idem). Le stage en pharmacie a une durée de trois ans.

Les élèves en pharmacie stagiaires attachés à une officine sont tenus de se faire inscrire au Secrétariat de l'Ecole dans les quinze jours de leur entrée dans l'officine. L'inscription est délivrée sur le vu d'un certificat de présence délivré par le pharmacien chez lequel est admis l'élève. Cette inscription doit être renouvelée tous les ans. Pour prendre la première inscription de stage, les candidats doivent être âgés de 16 ans révolus (circulaire du 8 octobre 1861) et être pourvus du grade de bachelier ou du certificat de grammaire.

Pour les aspirants au doctorat en médecine deux sessions d'examen seront ouvertes dans l'école préparatoire réorganisée, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire, l'autre au mois d'avril pour la première partie du deuxième examen probatoire.

Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de 2e classe et les herboristes; En novembre, pour les pharmaciens de 2e classe ajournés ou empêchés de se présenter en août; En avril, pour les officiers de santé ajournés en août et pour les sages-femmes.

L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques que les examens définitifs des pharmaciens de 2e classe.

Par délibération de l'Ecole de médecine, des concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : Dr E. Raymondaud.
Directeur honoraire : M. Astaix ; — *Secrétaire :* M. Pillault.
Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne.

ANNÉE SCOLAIRE 1886-87.

Les cours ont commencé le 3 novembre 1886.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Chimie et toxicologie.* — M. Astaix, professeur, directeur honoraire de l'Ecole, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 11 heures.

Clinique interne. — M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Anatomie. — M. J. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi.

Pathologie interne. — M. Dépéret-Muret, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 8 heures.

Thérapeutique. — M. Mandon, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été. — *Clinique externe.* — M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Clinique interne. — M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Accouchements, maladies des femmes. — M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 4 heures.

Physiologie. — M. Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Pathologie externe. — M. Chénieux, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 3 heures.

Histoire naturelle. — M. A. Barny, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, mardi, à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Pillault, professeur, lundi, mardi, jeudi ; conférence, samedi, à 1 heure.

Professeurs honoraires. — MM. Bleynie, père, et Mazard.

Cours complémentaires et conférences.

Anatomie générale et embryologie. — M. G. Raymondaud, professeur suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures. — *Conférences d'anatomie*, mardi, jeudi, à midi et demi, M. Vautrin, chef des travaux anatomiques.

Conférences et manipulations chimiques. — M. Besnard, chef des travaux chimiques, mardi et jeudi, à 7 heures du matin.

Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre). — M. Raymond, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. Boudet, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Physique médicale et toxicologie. — M. Guillaumet, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 2 heures.

Professeurs suppléants : MM. Raymond, Boudet, Guillaumet, G. Raymondaud. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Vautrin. — *Chef des travaux chimiques :* M. Besnard. — *Prosecteur:* M. N... — *Préparateur de chimie, pharmacie, etc.* M. Guéraud.

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. — Les cliniques médicale et chirurgicale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. — Tous les ans, cinq places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'hôpital. Limoges possède une Société de médecine et de pharmacie, un journal organe de cette Société. — L'importante bibliothèque médicale de la ville a été transférée dans une des salles de l'école ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole de Poitiers.

ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

Directeur : M. Chédevergne ; — *Secrétaire* : M. Boistard.

Semestre d'hiver. — Clinique externe. — M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis à 9 h.

Clinique interne. — M. Robert, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Anatomie. — M. Lachaise, les mardis, jeudis et samedis, à midi. — M. N..., chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et jeudis, à midi.

Chimie et toxicologie. — M. Guitteau, les lundis, mercredis, et vendredis, à 1 h.

Pathologie interne. — M. Brossard, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 *h.* 1/2.

Thérapeutique. — M. de la Garde, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2.

Pharmacie et matière médicale. — M. Mauduyt, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2.

Semestre d'été. — Clinique externe. — M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h.

Clinique interne. — M. Robert, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Physiologie. — M. Delaunay, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. — Conférence les samedis, à 3 h.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Poisson, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h.

Accouchements et maladies des femmes. — M. Jallet, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h.

Histoire naturelle médicale. — M. Poirault, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h.

Conférences et cours complémentaires.

Physique médicale : M. Jouteau, en été, les mercredis et vendredis, à 1 h. — *Chirurgie et médecine opératoire* : M. Pion, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Hygiène* : M. Roland, les mardis et samedis. — *Histologie et embryologie* : M. Lachaise, les mardis, jeudis et samedis, à 2 h.

Travaux pratiques.

Manipulations chimiques : M. Jouteau. — *Herborisations* : M. Poirault, tous les dimanches, en été. — *Médecine opératoire* M. Pion, en été. — *Anatomie pathologique* : M. N..., les lundis et jeudis en été. — Des cours complémentaires de clinique : 1° d'ophthalmologie ; 2° de maladies cutanées et syphilitiques ; 3° des maladies des enfants, seront faits par les suppléants.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. — Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

© BIU Santé

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours, à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole vient d'être, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues, par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole, et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables. — Enfin, un certain nombre de médailles viennent stimuler l'émulation des élèves.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter notre école, tout y est organisé pour les y préparer. Pendant le 2e semestre, M. Isambert, professeur à la Faculté des sciences, a l'obligeance d'interroger deux fois par semaine les élèves de 1re année sur la Physique et la Chimie. Et M. le Dr Lachaise, licencié es sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Ce qui ne l'empêche pas, comme Anatomiste, avec l'aide du chef des travaux, d'exercer tous les jours, pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen.

Ecole de Reims.

Directeur : M. le Dr A. Luton ; — *Secrétaire* : A. Gentilhomme.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole a ouvert les cours le jeudi 4 novembre, selon le programme suivant :

Semestre d'hiver.

Anatomie. — M. L. Harman, tous les jours (le dimanche excepté), à 11 heures du matin. Une conférence par semaine.

Pathologie interne. — M Strapart, les lundis, mardis et jeudis, à 5 h. du soir. Une conférence par semaine, le samedi, même heure.

Clinique externe. — M. A. Decès, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Chimie minérale. — M. Chévy, suppléant, les lundis, mercredis, à 4 heures du soir. Une conférence par semaine.

Clinique obstétricale. — M. Panis, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 11 heures.

Physique. — M. Bertinet, chargé de cours.

Pharmacie et matière médicale. — M. Lajoux, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le lundi, à 1 heure.

Travaux anatomiques et histologie. — M. Colleville, suppléant d'anatomie et E. Doyen, chef des travaux anatomiques, tous les jours à 1 heure 1/2; conférences les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures.

Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie. — MM. Chéry, Moustier, Valser, les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures.

Conférences de pathologie générale. — M. Langlet, suppléant, le samedi, à 5 heures du soir.

Semestre d'été.

Physiologie. — M. Moret, les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures du matin. Une conférence par semaine, le lundi, à 3 heures.

Pathologie externe. — M. Gentilhomme, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. Une conférence par semaine.

Clinique externe. — M. A. Decès, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Thérapeutique et hygiène. — M. H. Henrot, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine.

Clinique obstétricale. — M. Panis, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 11 heures. Accouchements tous les jours, à l'Hôtel-Dieu. Une conférence par semaine, le samedi, à 3 heures. Ecole de sages-femmes, à l'Hôtel-Dieu.

Chimie organique et toxicologie. — M. Grandval, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. du soir. Une conférence le samedi, à 1 h.

Physique. — M. Bertinet, vendredi à 4 heures.

Histoire naturelle médicale. — M. Lemoine, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine.

Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie. — MM. Grandval, Lajoux, professeurs (le samedi), M. Valser et Chévy, suppléants et Monflier, chef des travaux cliniques, les mardis, jeudis et samedis, de 1 heure à 4 heures.

Leçons d'Histoire naturelle expérimentale. — M. Jolicœur, les mardis et jeudis, à 3 heures.

Cours de médecine opératoire. — M. P. Lévêque, suppléant, Les mercredis et vendredis, à 11 heures du matin.

Reims, le 28 octobre 1886.

Mon cher Rédacteur,

L'école de médecine de Reims est entrée depuis un an dans la période correspondant à sa réorganisation nouvelle. Elle a, comme vous le savez, maintenant le droit de conserver ses élèves en leur permettant de passer dans l'intérieur de l'école les deux premiers examens de docteur. Plusieurs élèves ont déjà subi cette année l'épreuve définitive du 1er de Doctorat ; ils l'ont subie pour le plus grand nombre avec succès. Ce qui démontre bien que l'enseignement des sciences accessoires est fait ici d'une façon satisfaisante, quoiqu'on en ait dit dans des rapports officiels élaborés par les professeurs d'une Faculté voisine. Je puis même dire, moi qui suis désintéressé dans la question, que l'école de Reims est servie à ce point de vue par un personnel absolument exceptionnel au point de vue de la valeur scientifique et des qualités professorales.

Nous n'en sommes que mieux placés pour regretter que cet enseignement soit borné à l'instruction des élèves de première année et à la préparation du 1er examen de Doctorat, alors qu'il pourrait, s'il était réglementé différemment, profiter aux étudiants de la première à la dernière année de leur séjour dans nos écoles.

Nous regrettons toujours que l'enseignement de la physique, si utile, si nécessaire, ait pris une place aussi exclusive au début des études pour disparaître au moment où il deviendrait véritablement profitable. J'irai même jusqu'à dire que les promoteurs de cette réforme ont porté à l'instruction médicale de la jeune génération le plus funeste coup, si cette néfaste influence se fait sentir, comme il le paraît, dans les Facultés, on l'a sent bien mieux encore dans les écoles préparatoires.

Jadis, un jeune homme frais échappé des bancs du collège arrivait à l'école de médecine dans l'idée qu'il pénétrait dans un monde nouveau. L'anatomie l'attirait immédiatement, cette connaissance de l'homme par le cadavre d'abord, par le malade, ensuite, toute brusque, toute navrante qu'elle pût paraître, le faisait sortir des banalités de l'enseignement classique et des colles du baccalauréat. Aujourd'hui, l'étudiant de première année n'a plus à s'occuper d'anatomie. Il a fait son baccalauréat de la physique et de la chimie, il va faire de nouveau de la chimie et de la physique, la même, entendez-vous, parce qu'il est impossible qu'en première année il soit capable de saisir les applications de ces sciences à la médecine dont il n'a pas encore la moindre notion, et tout cela pour la plus grande gloire, ou plutôt pour la plus grande satisfaction des inspecteurs de l'enseignement supérieur. Quand donc la haute direction de l'enseignement médical sera-t elle confiée à un vrai médecin, connaissant les nécessités de la pratique, l'importance capitale de la clinique.

Qu'on n'empêche pas au moins les écoles de médecine, qui, comme celle de Reims, ont des cadavres pour la dissection, des malades pour l'étude des maladies, d'en faire profiter leurs élèves. Qu'on ne les empêche pas de surveiller l'état de leurs connaissances. Qu'on cesse de les priver de tout contrôle sur leur assiduité par les suppressions des examens de fin d'année et qu'on nous ramène à quelques années en arrière.

Excusez-moi, mon cher Directeur, si je vous envoie toujours les mêmes plaintes. Je les crois malheureusement trop fondées.

Autre grief. Les écoles secondaires sont toutes modelées sur le même type. Pas d'initiative, pas de liberté dans les mouvements. L'état veut bien leur imposer sa règle, même quand elle est mauvaise, mais il ne leur octroie rien de son budget. Est-ce qu'un peu moins d'uniformité serait si désavantageux ? Ici vous avez un ophthalmologiste des plus distingués, là un bactériologiste ardent, ailleurs un homme de valeur cultivera avec

© BIU Santé

succès l'un des nombreux champs de la science libre. Est-ce qu'ils devront tous se plier à l'antique formule des cours de pathologie hypnotisante, ou devront-ils céder le pas à des collègues qui ont, comme M. Gavarret, l'immense avantage de connaître mieux la chaleur et l'électricité? Ne pourrait-on pas, dans notre pays que la lettre tue, s'inspirer un peu de l'esprit qui vivifie les hommes de bonne volonté et sortant des cadres trop étroits où l'on se tient immobile, favoriser l'éclosion des bonnes volontés en augmentant la liberté dans l'école ? (1). X.

Ecole de Rennes.

Directeur : M. Delacour.

L'école de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Clinique interne. — M. Delacour, professeur.
Clinique externe. — M. Aubrée, professeur, semestre d'hiver. — M. Dayot, professeur, semestre d'été.
Clinique gynécologique et accouchements. — M. Perret, professeur.
Pathologie interne. — M. Bruté, professeur.
Pathologie externe. — M. Petit, professeur.
Anatomie. — M. Lhuissier, professeur.
Physiologie. — M. Lefeuvre, professeur.
Chimie. Toxicologie. — M. Bellamy, professeur.
Thérapeutique. Hygiène. — M. Regnault, professeur.
Pharmacie. Matière médicale. — M. Magé, professeur.
Histoire naturelle médicale. — M. Louveau, professeur.
Hygiène. — M. Bertheux professeur suppléant.
Histologie. — M. Accolas, professeur suppléant.
Chirurgie. Accouchements. — M. Blin, professeur suppléant.
Travaux prat. de chimie et pharmacie, M. Bellamy, prof.
Histologie végétale. — M Crié.
Chef des travaux anatomiques. — M. X...
Physique médicale. — M. Deschamps.

Sont également nommés au concours parmi les élèves : 3 chefs de clinique, 6 préparateurs. L'hôpital d'enseignement contient 300 lits et une Maternité.

L'Ecole possède des collections d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale. — Les cours de la Faculté des sciences servent aux élèves à compléter leur instruction. — Les élèves peuvent, pendant trois ans, prendre des inscriptions équivalentes à celle des Facultés. Ils ont à leur disposition des laboratoires de chimie, anatomie, histologie, physique, physiologie, histoire naturelle. M. Porcher, professeur suppléant de pharmacie; M. X..., professeur suppléant de physique; Directeur, M. Delacour, secrétaire, M. Treich.

Ordre des cours suivant les années d'étude.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re année.)

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : d'anatomie, de chimie et de toxicologie, de zoologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e année).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, d'anatomie, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : De clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchement, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e année).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, d'anatomie, de pathologie interne, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchements, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent suivre les mêmes cours et sont astreints à prendre part aux mêmes travaux pratiques. — Les élèves de pharmacie sont tenus de suivre, pendant le semestre d'hiver, les cours de chimie, de pharmacie et de zoologie et les travaux pratiques ; pendant le semestre d'été, les cours d'histoire naturelle et de physique et les travaux pratiques.

(1) Notre correspondant a parfaitement raison. L'uniformité imposée par l'Etat tue l'initiative individuelle, paralyse la bonne volonté de quelques municipalités. Le rôle de l'Etat devrait se borner pour tous les degrés de l'enseignement à exiger un *minimum*, laissant aux villes la faculté d'aller au delà si elles désirent marcher de l'avant.

Ecole de Rouen.

Directeur : M. Leudet.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Tinel.
Physiologie. — M. Pennetier.
Pathologie externe. — M. Merry Delabost.
Pathologie interne. — M. Levesque.
Hygiène et thérapeutique. — M. Olivier.
Clinique d'accouchements. — M. Thierry.
Histoire naturelle. — M. Blanche.
Physique. — M. Lecaplain.
Chimie et toxicologie — M. Clouet.
Pharmacie et matière médicale. — M. Duprey.
Clinique externe. — M. Duménil.
Clinique interne. — M. Leudet.

Cours complémentaires.

Anatomie générale. Embryogénie. — M. Cerné ; — Démonstrations d'histologie dans le laboratoire d'anatomie microscopique.
Chirurgie d'armée. — M. P. A. Hue.
Anatomie pathologique. — M. Petel ; démonstrations d'anatomie microscopique pathologique.
Histologie végétale. — Exercices pratiques, M. Dumont.
Chef des travaux anatomiques. — M. Cauchois.
Chef des travaux chimiques. — M. N...
Professeur adjoint. — M. Gressent.

Ecole de Toulouse.

Directeur : M. Caubet.

La circonscription de l'école comprend les départements de la Hte-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes et Lot-et-Garonne.

Semestre d'hiver 1886-1887.

Anatomie. — M. A. Bonamy, professeur titulaire. Lundi, mardi, jeudi et samedi, à 3 heures. — M. Cadène, chef des travaux anatomiques fera un cours complémentaire ; mercredi, vendredi, à 2 h.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Labéda, professeur. Mardi, jeudi, samedi à 4 heures. Conférences le samedi.
Pathologie interne. — M. Caubet, professeur titulaire. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. Conférences le vendredi.
Pharmacie et matière médicale. — M. Braemer, chargé de cours, Mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2. Conférences le samedi.
Clinique interne. — M. Noguès, professeur titulaire. Mardi et samedi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le jeudi.
Clinique externe. — M. Ripoll, professeur ; lundi et vendredi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le mercredi.
Physique médicale. — M. Halsey, délégué. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/2. Conférences le samedi.
Chimie. (Cours complémentaire.) — M. Lespiau, suppléant. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2. Conférences le vendredi.

Semestre d'été 1886-1887 (16 mars).

Physiologie. — M. Toussaint, professeur, [suppléé par M. Laulanié. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. Conférences le vendredi.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Labat, professeur. Mardi, mercredi et jeudi, à 1 h. 1/2. Conférences le jeudi.
Histoire naturelle. — M. Lamic, professeur. Mardi, jeudi et samedi à 1 h. 1/2. Conférences le samedi.
Chimie médicale et toxicologie. — M. Frébault, professeur titulaire. Lundi, mercredi, vendredi à 1 h. 1/2.
Hygiène et thérapeutique. — M. Basset, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures. Conférences le mardi.
Clinique interne. — M. Bonnemaison, professeur titulaire. Mardi et samedi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le jeudi.
Clinique externe. — M. Jeannel, professeur titulaire. Lundi, vendredi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le mercredi.
Pathologie interne. (Cours complémentaire.) — M. Saint-Ange, professeur suppléant. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir.
Anatomie générale et histologie. — M. Roule, délégué. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. du soir.
Pathologie externe. (Cours complémentaire.) — M. Maynard. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

© BIU Santé

Anatomie pathologique. (Cours complémentaire.) — M. André, délégué. Mardi et samedi, à 3 heures.

Travaux pratiques.

Chimie. — Chef des travaux, M. Frébault. Préparateur, M. Michel.

Histoire naturelle. — Chef des travaux : M. Lamic. — Préparateur: M. Bressac. — *Physique.* — Chef des travaux: M. Brémer.

Anatomie (dissections). — Chef des travaux : M. Cadène. — Prosecteurs : MM. X... et X...

Histologie. — Chef du laboratoire : M. Roule, délégué.

Manœuvres obstétricales. — M. Labat, professeur. — *Bibliothécaire :* M. Graciette.

Clinique médicale. — Chef de clinique : M. André.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de quinze cents francs par an destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'étudiant en médecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra quinze cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1883, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1886.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de trois cents francs sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié trois années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40,000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des étudiants en médecine, un concours spécial sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxième année.

Prix de l'Ecole de Médecine. — Des concours de prix (médailles et livres) sont institués pour chaque année d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire.

Toulouse, 28 octobre 1886.

Mon cher Directeur,

L'année scolaire 1885-86 n'aura pas été stérile pour l'école de médecine de Toulouse ; grâce au zèle de son directeur, et au concours bienveillant de la municipalité, de nombreuses modifications et des plus judicieuses ont été apportées, de nouvelles installations ont été faites, et très certainement par son matériel, ses collections, ses locaux, notre école bien que secondaire, ne le cède en rien sous ce rapport à bon nombre d'Ecoles de plein exercice.

De toutes ces améliorations, je mentionnerai particulièrement celles relatives au laboratoire de physiologie. Ce laboratoire parfaitement aménagé, comprend une vaste salle de cours et de démonstrations, de nombreux appareils et instruments (appareil de Doygère, hémodynamomètre différentiel de Cl. Bernard, appareil de Grehant pour la respiration artificielle, sphygmographe à transmission, pneumographe, appareil de Foucault, cylindres enregisteurs, etc., etc.) et un cabinet pour le professeur. Le laboratoire de pharmacie a été remanié et considérablement agrandi ; il a pour annexe une vaste galerie couverte de vitrines où sont renfermés les appareils nécessaires aux manipulations des élèves et au cours du professeur, de nombreux bocaux avec échantillons de drogues simples, une collection remarquable de produits chimiques, une collection de minéraux et un herbier. Cette galerie est ouverte aux élèves tous les jours de 8 heures à 11 heures et de midi à 4 heures. Pour faciliter, les travaux de dissections et les exercices de médecine opératoire, on a installé une cave à température à peu près constante où les sujets à leur arrivée à l'école sont descendus, et où ils sont l'objet d'injections conservatrices. Cette innovation est des plus heureuses, elle permet aux candidats à l'officiat, de préparer utilement, pendant le semestre d'été, leur premier examen probatoire qui comporte une épreuve pratique de disjsection, et leur second examen, pour lequel ils doivent satisfaire à une épreuve de médecine opératoire. L'enseignement clinique n'a pas été non plus oublié; il est bon de signaler la parfaite installation des laboratoires de la clinique chirurgicale et de la clinique interne. Enfin, la réorganisation du secrétariat complète ces heureuses réformes; cette réorganisation s'imposait depuis longtemps ; par suite des rapports continuels des Ecoles secondaires avec les Facultés, où les élèves en doctorat ont à subir leurs examens, et avec le Ministre de la guerre, auquel doivent être signalés les officiers de santé, les pharmaciens nouvellement reçus, ainsi que les Etudiants en Doctorat à 12 inscriptions, il était nécessaire que les dossiers des élèves fussent tenus à jour, et que les renseignements demandés pussent être fournis rapidement. Ces différentes mesures ont été appréciées par les élèves, aussi leur nombre s'est-il maintenu, bien que notre école, soit toujours école secondaire.

Dans le courant de l'année, il a été délivré 597 inscriptions à 167 étudiants, qui se répartissent: Doctorat 79 ; officiat 32, pharmaciens de 1re classe 8, pharmaciens de 2e classe 48; soit 167 élèves. En outre, 77 étudiants en suspension d'inscriptions ou qui ont échu à leur examen probatoire, ont leur dossier scolaire à l'école, ce qui donne un total de 244 étudiants. Ce résultat permet de bien augurer de la nouvelle Faculté de médecine dont les plans sont définitivement arrêtés. Monsieur le Président du Conseil des Ministres, lors de son passage à Toulouse a bien voulu examiner les devis, et a assuré de son bienveillant concours notre municipalité pour l'aider à lever les quelques difficultés qui restent à surmonter. Dr X...

Ecole de Tours.

Directeur : M. Danner.

La circonscription de l'école comprend les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret et Cher.

Ouverture du registre des inscriptions, le mardi 3 novembre 1885. Clôture le 15 novembre, et le 30 pour les étudiants qui ne seront reçus bacheliers qu'à la session de novembre.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique interne. — M. Duclos, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. L. Thomas, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Pathologie interne. — M. Sainton, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie.

Anatomie. — M. Giraudet, professeur. — Lundi, mercredi, jeudi, samedi, à midi et demi.

Chimie et toxicologie. — M. Grandin, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Dupont, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été.

Clinique interne. — M. Duclos, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. Thomas, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Physiologie. — M. Danner, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Accouchements. — M. O. Herpin, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. Leçon pratique le jeudi.

Thérapeutique. — M. Bodin, professeur. — Lundi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Histoire naturelle médicale. — M. Barnsby, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Conférence ou herborisation le jeudi.

Pathologie externe. — M. Courbon, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Travaux pratiques et cours complémentaires.

Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques. — M. Meunier, chef des travaux anatomiques. Tous les jours, de 2 à 5 heures.

Cours complémentaires d'anatomie. — M. Meunier, chef des travaux anatomiques. — Mardi, vendredi, à midi et demi. Conférence, lundi et jeudi, à 3 heures et demie (Novembre et décembre).

Travaux pratiques de chimie. — M. Wolff, chef des travaux chimiques. — Mardi, jeudi, samedi, de 1 heure à 4 heures.

Histoire naturelle médicale. — Zoologie. — M. Barnsby. — Lundi, mercredi (Février et Mars), à 3 heures.

Travaux pratiques de botanique. — M. Barnsby. Lundi, vendredi de 1 heure à 4 heures.

Semestre d'été.

Travaux pratiques de chimie et de physique. — M. Wolff. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 4 heures.

© BIU Santé

Cours de physique. — M. Wolff. — Lundi, mercredi à 4 heures.
Histologie. — M. Ledouble. — Jeudi, samedi, à midi.
Médecine opératoire. — M. N... — Lundi, jeudi, à 4 heures.
Ophthalmologie. — M. L. Thomas. — Dimanche à 9 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE

Ecole de Brest.

Directeur : M. Jossic.

Année scolaire 1886-1887.

Semestre d'hiver.

Conférences. — M. Jossic.
Clinique chirurgicale. Pathologie externe. — M. Cras, médecin en chef.
Clinique médicale. Pathologie interne. — M. Nielly, médecin en chef.
Chimie médicale, chimie toxicologique. — M. Carpentin, pharmacien en chef.
Anatomie. Physiologie. — M. Fontan, médecin-professeur.
Thérapeutique et médecine légale. — M. Féris, médecin-professeur.
Pathologie générale. Éléments de séméiotique. — M. Vergniaud, médecin de 1re classe, agrégé.
Anatomie descriptive. Dissection. — M. Guyot, médecin de 1re classe, agrégé.
Chirurgie élémentaire, théorique et pratique. — M. Lossouarn, médecin de 1re classe, agrégé.
Pharmacie extemporanée. Manipulations chimiques. — M. Rouhaud, pharmacien de 1re classe, agrégé.

Semestre d'été.

Conférences et interrogations. — M. Jossic.
Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Cras, médecin en chef.
Clinique médicale. Pathologie interne. — M. Nielly, médecin en chef.
Médecine opératoire. — M. Auffret, médecin en chef.
Histoire naturelle et pharmacologie. — M. Bavay, pharmacien en chef.
Pharmacie. Physique médicale. — M. Coutance, pharmacien professeur.
Hygiène générale, hygiène navale, pathologie exotique. — M. Bertrand, médecin-professeur.
Pathologie générale élémentaire. Séméiologie. — M. Vergniaud, médecin de 1re classe, agrégé.
Chirurgie élémentaire théorique et pratique. — M. Lossouarn, médecin de 1re classe, agrégé.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Bourat, médecin de 1re classe, agrégé.

Ecole de Rochefort.

Année scolaire 1886-1887.

Cours du semestre d'hiver. — Ouverture le 5 novembre 1884.
Conférences médicales. — M. Maisonneuve, directeur du service de santé.
Chimie médicale, chimie toxicologique. — M. Morio, pharmacien professeur, mardi, jeudi, samedi, à 3 h du soir.
Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Duplouy, médecin en chef, mardi et vendredi, à 8 h. 3/4 du matin.
Clinique médicale, pathologie interne. — M. Bourru, médecin-professeur, mercredi et samedi, à 8 h. 3/4 du matin.
Thérapeutique, médecine légale. — M. Treille, médecin-professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 3/4 du matin.
Anatomie et physiologie. — M. Bonnafy, médecin professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 3/4 du matin.
Pharmacie extemporanée, manipulations chimiques. — M. Taillotte, pharmacien de 1re classe, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 3/4 du matin.
Anatomie descriptive, dissection. — M. Palmade, médecin de 1re classe, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h.
Chirurgie élémentaire, théorique et pratique. — M. Fontorbe, médecin de 1re classe, agrégé, mardi, à 4 h. 1/2.
Pathologie générale, élémentaire, séméiologie. — M. Burot, médecin de 1re classe, agrégé, lundi, à 4 h. 1/2.
Répétitions de bandages, d'opérations, et de petite chirurgie. — M. Martin, médecin de 2e classe, prosecteur d'anatomie, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2.

Ecole de Toulon.

Année scolaire 1886-1886. — Ouverture le 3 novembre.

Conférences médicales. — M. Gestin, directeur.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Barthélemy, médecin en chef
Clinique médicale, pathologie interne. — M. Cunéo, médecin en chef.
Thérapeutique et médecine légale. — M. Thomas, médecin en chef.
Chimie médicale, chimie, toxicologie. — M. Sambuc, pharmacien-professeur.
Anatomie et physiologie. — M. Rouvier, médecin-professeur.
Anatomie descriptive et dissection. — M. Reynaud, médecin de 1re classe, agrégé, chef des travaux anatomiques.
Chirurgie élémentaire. — M. Bodet, chef de clinique chirurgicale, médecin de 1re classe, agrégé.
Histologie. — M. N....
Pathologie générale élémentaire. — M. Galliot, médecin de 1re classe, agrégé, chef de clinique médicale.
Pharmacie extemporanée, manipulations. — M. Sauvaire, pharmacien de 1re classe, agrégé, chef des travaux chimiques.
Démonstrations d'anatomie. — M. Clavier, médecin de 2e classe, prosecteur.
M. Prat, conservateur du musée. — Démonstrations pratiques de zoologie.

Semestre d'été.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Barthélemy, médecin en chef.
Clinique médicale, pathologie interne. — M. Cunéo, médecin en chef.
Médecine opératoire. — M. Merlin, médecin en chef.
Hygiène, pathologie exotique. — M. Guès, médecin-professeur.
Histoire naturelle médicale. — M. Billaudeau, pharmacien-professeur.
Pharmacie et physique médicale. — M. Chalmé, pharmacien-professeur.
Chirurgie élémentaire. — M. Bodet, médecin de 1re classe, agrégé.
Histologie. — M. N....
Pathologie générale élémentaire. — M. Galliot, médecin de 1re classe, agrégé.
Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. Arnaud, médecin de 1re classe, agrégé.
M. Chabaud, jardinier en chef. — Démonstrations pratiques de botanique.
Conservateur du musée d'anatomie et d'histoire naturelle : M. Prat. — Conservateur de la bibliothèque : M. Aubin, médecin de 1re classe en retraite. — Secrétaire : M. Barnier, secrétaire du Conseil de santé, médecin de 1re classe. — Jardinier botaniste : M. Chabaud.
L'école a : Un laboratoire de chimie ; un laboratoire et un cabinet de physique ; des amphithéâtres d'anatomie ; plusieurs salles de cours ; un musée d'histoire naturelle, d'anatomie normale et pathologique ; un jardin botanique.

Prix de l'internat des hopitaux de Paris — Le concours des prix de l'internat a eu lieu le mercredi 3 novembre à l'Assistance publique. Les questions posées ont été les suivantes : 1re division (élèves de 4e et 3e année) : *Structure des veines et phlébite.* 2e division (élèves de 2e et 1re année) : *Conformation extérieure et rapports du foie ; Kystes du foie.* — Rappelons pour mémoire que les élèves concourant en 2e année (2e division) avaient déjà eu à leur concours d'internat : *Voies biliaires et kystes hydatiques du foie.*

Le numéro des étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi, faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

OCCASION. — Jaccoud. Dictionnaire de médecine complet, 40 volumes reliés . . . . . 240 fr.
Dechambre. Dictionnaire de médecine, 85 vol. reliés. 420 fr.
Chez Lefrançois, libraire, 9, rue Casimir-Delavigne. — On trouve à la même Librairie les anatomies de Fort, Sappey, Cruveilhier, Tillaux, etc., neufs ou d'occasion, à de très bonnes conditions.

© BIU Santé

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

Nous avions formé le projet de réunir sous ce titre le programme de l'enseignement donné dans toutes les Universités de langue française. Par malheur les circonstances ne nous permettent de le faire que d'une façon incomplète. Nous n'avons reçu, en effet, de réponse que de quelques facultés. Cependant, pour bien indiquer notre plan, nous allons reproduire les programmes que nous avons reçus, renvoyant pour les autres à l'article UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIEGE.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

Doyen : M. L. FRÉDÉRICQ.
Secrétaire : M. Th. PLUCKER.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Anatomie descriptive. Ostéologie, syndesmologie, myologie. M. F. PUTZEYS, professeur ordinaire, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, de 8 à 9 h. 1/2 (pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre).

Anatomie de texture générale. M. A. SWAEN, professeur ordinaire, mardi, mercredi, vendredi, de 11 à 12 h 1/2.

Pharmacognosie et éléments de pharmacie. M. J. VAN AUBEL, professeur ordinaire, mercredi, vendredi, de 10 à 11 h. 1/2.

SECONDE ÉPREUVE.

Anatomie descriptive. Angéiologie, névrologie, splanchnologie, organes des sens et anatomie de texture spéciale. MM. A. SWAEN et F. PUTZEYS, professeurs ordinaires, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, de 8 à 9 h. 1/2 (pendant les mois de janvier et de février).

Anatomie des régions. M. A. SWAEN, professeur ordinaire, jeudi, samedi, de 10 à 11 h. 1/2 (pendant les mois d'octobre, de novembre et décembre).

Physiologie. M. L. FRÉDERICQ, professeur ordinaire, lundi, jeudi, samedi, de 11 1/2 à 1 h.; mardi, de 10 à 11 h.

Physiologie des organes des sens. M. P. NUEL, professeur ordinaire, mardi, de 10 à 11 h 1/2.

Embryologie. M. Ed. VAN BENEDEN, professeur ordinaire, jeudi, samedi, de 10 à 11 h. 1/2 (pendant les mois de janvier et de février).

Anatomie comparée. M. Ch. JULIN, chargé de cours, mercredi, vendredi, de 10 à 11 h 1/2.

Exercices microscopiques d'histologie normale. M. A. SWAEN, professeur ordinaire. Les laboratoires seront ouverts aux élèves toutes les après-midi, excepté le samedi.

Exercices d'anatomie comparée. M. Ed. VAN BENEDEN, professeur ordinaire.

Exercices pratiques de physiologie. MM. L. FRÉDÉRICQ et P. NUEL, professeur ordinaire.

Démonstrations anatomiques MM. SWAEN et PUTZEYS. Les laboratoires seront ouverts aux élèves toutes les après-midi, excepté le samedi.

Premier Doctorat.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Pathologie générale. M. V. MASIUS, professeur ordinaire, jeudi, samedi, de 3 1/2 à 5 h.

Anatomie pathologique. M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire, mardi, samedi, de 2 1/2 à 3 h. 1/2.

Hygiène publique et privée. M. F. PUTZEYS, professeur ordinaire, mercredi, vendredi, de 12 à 1 h.

Exercices microscopiques d'anatomie pathologique. M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire. Le laboratoire sera ouvert aux élèves toutes les après-midi.

Démonstrations d'anatomie pathologique. M. FIRKET, professeur extraordinaire, mardi, samedi, de 3 1/2 à 4 h. 1/2.; lundi, de 4 à 5 heures 1/2.

Exercices pratiques d'autopsies. M. FIRKET, professeur extraordinaire, jours et heures suivant l'occurrence.

SECONDE ÉPREUVE.

Pathologie et thérapeutique spéciales des maladies internes, y compris les maladies mentales. M. C. VANLAIR, professeur ordinaire, mardi, samedi, de 11 1/2 à 1 h.

Thérapeutique générale. M. J. VAN AUBEL, professeur ordinaire, mardi, samedi, de 10 1/2 à 11 h. 1/2; jeudi, de 11 à 12 h.

X. FRANCOTTE, agrégé spécial.

Deuxième Doctorat.

Pathologie chirurgicale. Spéciale, y compris les affections des os et des articulations. Générale. MM. Th. PLUCKER et A. VON WINIWARTER, professeurs ordinaires, lundi, vendredi, de 11 à 12 h.

Ophthalmologie. M. P. NUEL, professeur ordinaire, mercredi, jeudi, de 11 à 12 h.

Théorie des accouchements. M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire, lundi, mercredi, vendredi, de 2 1/2 à 4 h.

Médecine légale M. J VAN AUBEL, professeur ordinaire, mercredi, de 11 à 12 h.; vendredi, de 10 à 11 h.

Troisième doctorat.

Clinique interne. MM. V. MASIUS, professeur ordinaire, H. SAUVEUR, professeur émérite, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, de 7 1/2 à 9 h.

Policlinique interne. M. V. MASIUS, professeur ordinaire, trois fois par semaine.

Clinique externe. M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire, mardi, jeudi, samedi, de 9 à 11 h.

Policlinique externe. M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire, trois fois par semaine.

Théorie et pratique des opérations chirurgicales. M. A. VON WINIWARTER, professeur ordinaire, lundi, mercredi, vendredi, de 12 à 1 h.

Clinique ophthalmologique. M. P. NUEL, professeur ordinaire, lundi, vendredi, de 9 à 10 h.

Opérations obstétricales. M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire, lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 3 h.

Clinique obstétricale. M. A. WASSEIGE, professeur ordinaire, jours et heures à fixer suivant l'occurrence.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. M. Th. PLUCKER, professeur ordinaire, mercredi de 9 h. à 11 h.

Clinique des maladies des enfants. M. V. MASIUS, professeur ordinaire, jours et heures à fixer ultérieurement.

Clinique des maladies des vieillards. M. C VANLAIR, professeur ordinaire, jours et heures à fixer suivant l'occurence.

Exercices pratiques d'anatomie topographique. M. A. SWAEN, professeur ordinaire, le laboratoire est ouvert 2 fois par semaine.

Exercices de clinique propédeutique. M. V. MASIUS, professeur ordinaire, tous les jours.

Pharmacie.

Pharmacie théorique : les drogues et les médicaments, en tant que marchandises ; les altérations, les falsifications et les doses maxima). M. A. GILKINET, professeur ordinaire, lundi, mercredi vendredi, de 8 a 9 h. 1/2; mardi, jeudi, samedi, de 8 à 9 h 1/2.

Eléments de chimie analytique. M. L. DE KONINCK, professeur ordinaire, mercredi, vendredi, de 2 à 3 h. 1/2.

Exercices pratiques de chimie analytique. M. L. DE KONINCK, professeur ordinaire, mercredi, vendredi, de 3 1/2 à 6 h.

Chimie toxicologique. M. Th. CHANDELON, chargé de cours, mardi, de 2 à 3 h. 1/2.

Exercices pratiques de chimie toxicologique. M. Th. CHANDELON, chargé de cours, mardi, de 3 1/2 à 6 h.

Pharmacie pratique. M. A. GILKINET, professeur ordinaire, lundi, mercredi, vendredi, de 9 1/2 à 12 h., mardi, jeudi, samedi, de 9 1/2 à 12 h.

Exercices microscopiques M. A. GILKINET, professeur ordinaire, quatre fois par semaine, l'après-midi.

Cours facultatif.

Analyse organique et falsification des denrées alimentaires. M. A. JORISSEN, agrégé spécial, lundi, de 2 1/2 à 4 h.

Bactériologie. M. Ch. FIRKET, professeur extraordinaire, jeudi, de 3 à 4 h. 1/2, mardi, de 3 1/2 à 5 h.

FACULTÉ PROPÉDEUTIQUE DE LAUSANNE.

Voici le programme des cours de la faculté propédeutique de Lausanne pour le semestre d'hiver 1886-87 :

FACULTÉ DES SCIENCES. — SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Première année.

Anatomie théorique. — M. BUGNION, professeur extraordinaire, 2e *partie* : Splanchnologie, angiologie, névrologie, 5 heures.

Dissection. — M. BUGNION, professeur extraordinaire, 18-24 heures.

Toxicologie. — M. BRUNNER, professeur ordinaire, 1 heure.

Chimie inorganique. — M. BRUNNER, professeur ordinaire, 5 heures.

Physique expérimentale. — M. H. DUFOUR, professeur ordinaire, 5 heures.

Géologie générale. —M. RENEVIER, professeur ordinaire, 2 heures.

Anatomie et physiologie générales. — M. FOREL, professeur extraordinaire, 3 heures.

Zoologie systématique. — M. BLANC, professeur extraordinaire, 3 heures.

Deuxième année.

Physiologie. — M. HERZEN, professeur extraordinaire, 6 heures.

Histologie. — M. N. LOEWENTHAL, professeur extraordinaire, 1re *partie* : Histologie générale, 3 heures.

Anatomie théorique. — M. BUGNION, professeur extraordinaire, 5 heures.

© BIU Santé

Dissection. — M. Bugnion, professeur extraordinaire, 18-24 heures.
Botanique générale. — M. Schnetzler, professeur ordinaire, 3 heures.
Anatomie comparée. — M. Blanc, professeur extraordinaire, 2 heures.
Hygiène. — M. M. Dufour, 1 heure.

Cours libres.

M. W. Lœwenthal, professeur agrégé.
Introduction aux études médicales, 4 conférences.
Hygiène scolaire, 1 heure.
Hygiène professionnelle, 1 heure.

Lausanne, 29 octobre 1886.

Monsieur le rédacteur en chef,

Vous avez bien voulu me demander des renseignements sur l'organisation et la marche de notre Ecole de médecine. Voici quelques détails à ce sujet : Vous savez que les examens médicaux, en Suisse, ne comportent que deux épreuves. La première comprend les sciences physiques et naturelles indispensables aux études médicales, en même temps que l'anatomie, l'histologie et la physiologie. La seconde porte sur toutes les autres branches des sciences médicales, et, subie avec succès, confère le droit de pratiquer la médecine en Suisse.

L'enseignement de l'Ecole de médecine de Lausanne ne comprend que les matières du premier examen, dit « propédeutique. » Ce n'est donc pas une Faculté de médecine complète ; ce n'est qu'une annexe de la Faculté des sciences. Le programme se compose de la physique, de la chimie, botanique, zoologie, anatomie comparée, anatomie théorique et pratique, histologie et physiologie. Il faut, pour être admis à titre d'étudiant régulier, posséder le diplôme de bachelier ès lettres.

La simplification des examens, si grande en comparaison du système pratiqué en France, n'est pas sans inconvénients. Aucun terme n'est fixé aux étudiants pour la durée de leur préparation (sauf que l'on exige deux semestres de dissection). Aussi arrive-t-il parfois que, dans leur hâte d'arriver à l'étude des sciences médicales proprement dites, les élèves s'efforcent de se débarrasser de leur examen propédeutique en trois ou quatre semestres. Ils négligent alors facilement la fréquentation des laboratoires, notamment de physique et de physiologie, qui n'est pas prescrite par le règlement d'examen.

La plupart des étudiants, cependant, sentent les inconvénients de ce système et consacrent cinq à six semestres à leurs études préparatoires. Il n'en reste pas moins vrai que cette préparation est faite sans aucun plan défini, et qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de mener de front l'étude de la physique, de la botanique, de la zoologie et de la chimie avec celle de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie.

La nécessité d'une réforme sur ce point est évidente. Le mieux serait, à notre avis, si l'on ne veut pas adopter le système français des examens fractionnés, de revenir à l'ancien mode, suivant lequel les candidats aux études médicales passaient préalablement leur baccalauréat ès sciences. Il faudrait, en tout cas, que le règlement exigeât, lors de la présentation aux examens, un certificat de fréquentation des laboratoires de physique et de physiologie. Cette mesure aurait pour effet de rendre suffisamment longue la durée des études préparatoires et surtout d'empêcher que l'acquisition des connaissances pratiques en ces deux sciences, si importantes, ne fût sacrifiée à des études théoriques précipitées.

Cette question sera sans doute révisée dans le nouveau règlement. Il est un second article qui doit être modifié, c'est celui qui confond les deux enseignements de l'anatomie et de l'histologie en une seule chaire, réunion impossible en pratique, étant donnée l'importance considérable de chacune de ces deux sciences pour les études médicales ultérieures. Ces deux enseignements sont, d'ailleurs, séparés, en fait, déjà actuellement. Il est à désirer que ces sciences soient également séparées à l'examen et fassent l'objet de deux notes distinctes, au lieu d'une note unique, comme c'est encore le cas.

Telle qu'elle existe, notre Ecole de médecine rend des services incontestables. Le nombre des étudiants, restreint les premières années, est en voie d'augmentation rapide, car il y a cette année quinze nouveaux inscrits, parmi lesquels trois demoiselles : une Suisse et deux Russes (fille et belle-sœurs d'un professeur à l'Université d'Odessa). La valeur de l'enseignement est, d'ailleurs, attestée par les examens excellents faits devant d'autres Facultés, par des élèves sortis de cette Ecole ; mais il est probable qu'elle restera encore longtemps dans le cadre modeste qu'elle occupe actuellement. Sa transformation en une Faculté complète, dont il a été parlé à l'occasion d'un legs important fait à la ville de Lausanne, ne peut être que l'œuvre progressive du temps, comme l'a été, d'ailleurs, la Faculté des sciences, qui, il y a cinquante ans, comptait *un* professeur unique, et qui en possède aujourd'hui vingt-cinq. Ce n'est pas que le matériel et les hommes fassent défaut ; mais l'installation et la dotation des laboratoires et la rétribution du personnel entraîneraient, pour le moment, des frais par trop considérables pour le budget vaudois.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, mes salutations empressées et l'expression de mes sentiments dévoués. X...

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTRÉAL.

Faculté de médecine.

Les cours se sont ouverts le 5 octobre 1886, après la cérémonie d'usage. Il y a plus de 70 élèves inscrits, dont 30 nouveaux.

Doyen : M. Rottot, *Secrétaire :* M. Lachapelle.

Premier terme. — Cours théorique. — *Physiologie :* M. Duval. — *Chimie :* M. Fafard. — *Toxicologie :* M. Desrosiers. — *Anatomie descriptive :* M. Lamarche. — *Pathologie interne :* M. Rottot. — *Pathologie externe :* M. Brosseau. — *Ophthalmologie :* M. Foucher.

Cours pratiques. — *Anatomie pratique* : M. Berthelot (à partir du 8 novembre). — *Clinique interne :* M. Laramée, Hôpital Notre-Dame, lundi, mercredi, vendredi à 11 heures. — *Clinique externe :* M. Brosseau. Hôpital Notre-Dame ; mardi, jeudi, samedi à 11 heures. — *Clinique obstétricale :* M. Dagenais. Hospice de la Miséricorde. (Un avis spécial annoncera les heures de ce cours)

Deuxième terme.—Les cours du deuxième terme sont faits par MM. Rottot (*clinique interne*), Lachapelle (*physiologie et pathologie générale*), Ricard *matière médicale*), Dagenais (*tocologie*), Fafard (*clinique externe*), Severin Lachapelle (*hygiène*), Saluste Duval (*clinique des maladies des enfants et botanique*), Foucher (*maladies des yeux et des oreilles, cours théorique et clinique*), M. Azarie Brodeur (1) (*histologie normale et pathologique, médecine opératoire*).

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Suivant notre coutume annuelle, nous donnons ici les principaux renseignements que nous avons pu recueillir sur le fonctionnement des Universités étrangères.

A. Angleterre.

Le Royaume-Uni compte actuellement vingt corps savants investis du droit de délivrer des grades ou diplômes susceptibles d'être enregistrés conformément au *Medical Act* de 1858 ; nous donnons ici, pour n'avoir plus à y revenir, l'énumération de la plupart de ces grades, avec l'explication des initiales qui les représentent, et dont les titulaires font habituellement suivre leur nom : Licencié de l'Apothecaries Company (L. A. H.), Licencié de la Société des Apothicaires (L. S. A.), Licencié en Médecine (*Lic. Med.*), Licencié du Collège royal des médecins (*Licentiate of the Royal College of Physicians L. R. C. P.*) ; Licencié du Collège royal des chirurgiens (*Lic. of the Royal College of Surgeons, L. R. C. S.*) (Lorsqu'ils deviennent, par un examen ultérieur, *Membres* de l'un de ces derniers collèges, et, ensuite Fellow, les *Licenciés* remplacent L. par M. et F.) Licencié en obstétrique *Licenciate in Midwifery, L. M.*) ; maître en chirurgie (*Master in Surgery M. S. or chirurgiae magister C. M.*) ; Bachelier en médecine M. B. et enfin docteur en médecine M. D. Ce dernier titre n'est recherché que par un nombre relativement restreint de médecins, ce qui s'explique, si l'on se souvient que le plus modeste diplôme de bachelier ou de licencié confère le droit d'exercer toutes les branches de l'art de guérir ; aussi le grade de docteur en médecine, s'il constitue dans les grandes Universités de l'Angleterre le signe d'une éducation vraiment supérieure, a-t-il une valeur bien moins importante quand il émane d'autres Universités qui le confèrent simplement après quelques années de stage de bachelier ou de licencié.

Tout étudiant en médecine doit, au début de ses études, se faire inscrire, ou immatriculer dans les bureaux du Conseil général de

(1) Ancien interne des hôpitaux de Paris.

© BIU Santé

médecine; il ne peut obtenir cette inscription qu'en justifiant d'examens subis devant un corps enseignant reconnu, ou en subissant un examen préliminaire, dont le programme, demeuré longtemps trop sommaire, a été dans ces dernières années, notablement étendu, et pourrait avec avantage, être encore élargi. Après avoir justifié de cet examen, ou l'avoir subi, l'étudiant est autorisé à commencer ses études médicales; plusieurs voies lui sont ouvertes, dans le choix desquelles il sera surtout guidé par les règlements de l'école qu'il aura choisie, car ces règlements, bien qu'ils s'inspirent tous, dans leurs grandes lignes, du programme-modèle tracé par le Conseil général de médecine, présentent néanmoins, d'une école à l'autre d'assez grandes variations de détail. C'est ainsi que, suivant les cas, l'étudiant pourra: 1° suivre pendant un an les cours ou les cliniques d'un hôpital de province, ou de tout autre établissement reconnu; 2° devenir pendant un an l'élève particulier d'un chirurgien régulièrement diplômé et capable par sa situation de lui fournir des éléments suffisants d'instruction pratique; 3° entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps qui doit être consacré aux études médicales est de quarante-cinq mois à partir de la date de l'inscription; deux ans et demi au moins doivent être passés dans une école de médecine reconnue.

L'obtention des grades, diplômes ou *licences*, comporte au moins deux examens dont le premier comprend la chimie et la physique médicale, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale et la pharmacie; le second examen ou examen final, que certaines universités divisent en plusieurs parties, roule sur la pathologie et l'anatomie pathologique, la médecine, y compris l'anatomie médicale, la clinique et la thérapeutique, la chirurgie, y compris l'anatomie chirurgicale et la clinique, les accouchements et la médecine légale.

Les diplômes qui confèrent le droit d'exercer ne peuvent en aucun cas être délivrés avant l'âge de vingt et un ans.

Les corps enseignants qui ont le droit de délivrer des diplômes et de conférer des grades dans l'ordre de la médecine sont les suivants: Le Collège royal des médecins de Londres; le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre; la Société des apothicaires de Londres; les universités de Londres, d'Oxford, de Cambridge, de Durham, de Victoria (à Manchester), le Collège royal des médecins et le Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg, la faculté de médecine et de chirurgie de Glascow, les universités d'Aberdeen, d'Edimbourg, de Glascow, de Saint-Andrews, le King and Queen's College des médecins d'Irlande, le Collège royal des chirurgiens d'Irlande, l'Apothecarie's Company d'Irlande, l'université de Dublin et l'université royale d'Irlande.

En dehors de ces universités l'enseignement médical est donné dans plusieurs des grands hôpitaux de Londres; nous y reviendrons en parlant de ces hôpitaux; mais nous devons dès à présent mentionner l'Ecole de médecine de Londres pour les femmes, à laquelle le Royal Free Hospital fournit l'enseignement clinique, et l'école d'anatomie et de chirurgie de M. Thomas Cooke.

En province, on trouve le Queen's College (Birmingham), le Owen's College (Manchester) et le Collège médical de l'Université de Durham, à Newcastle-on-Tyne, ainsi que les écoles de médecine de Bristol, de Leeds, de Liverpool et de Sheffield.

Bien qu'elles confèrent des grades, les Universités de Cambridge et d'Oxford ne donnent pas l'éducation médicale complète; en fait, il n'y a pas d'école de médecine à Oxford; mais Cambridge fournit une instruction solide dans plusieurs branches de l'art de guérir.

En Ecosse, outre les écoles attachées aux Universités d'Aberdeen, d'Edimbourg et de Glasgow, il faut mentionner l'Extra-Academical School, à Edimbourg, et à Glasgow, le Collège d'Anderson et l'Ecole du Royal Infirmary.

En Irlande, on trouve l'Ecole de médecine d'Irlande, l'Ecole du Collège royal des chirurgiens d'Irlande et les Collèges de Cork, de Belfast et de Galway; Dublin compte aussi plusieurs écoles de médecine: le Carmichael College of medecine and Surgery, l'hôpital et le collège médical du Dr Stevens, l'Université catholique et le Ledwich School, où l'on enseigne l'anatomie, la médecine et la chirurgie.

Il faut ajouter que les Collèges royaux des chirurgiens ainsi que la Faculté de médecine et de chirurgie de Glasgow délivrent des diplômes autorisant à exercer la chirurgie dentaire; ces diplômes sont enregistrés conformément à la loi sur l'exercice de l'art dentaire votée en 1878 et en vigueur depuis 1879.

Enfin, à la suite d'examens spéciaux, les Universités de Cambridge, de Londres, de Durham, d'Edimbourg, de Glasgow et de Dublin délivrent des certificats et des diplômes attestant les connaissances acquises par le candidat en hygiène et en médecine publique; ces diplômes ne sont pas actuellement enregistrables; ils sont habituellement recherchés par les praticiens (déjà pourvus de licences enregistrées) qui recherchent le poste de médecin sanitaire de district ou de région.

L'enseignement clinique est donné en Angleterre à peu près comme en France, peut-être même d'une façon plus large; car, dans tous les hôpitaux auxquels se rattachent des écoles de médecine, les chefs de service, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, ont à faire des conférences cliniques sur les malades couchés dans leurs salles, sans préjudice des cours des professeurs de clinique; ceux-ci, à la vérité, n'existent pas dans tous les hôpitaux; mais l'enseignement clinique n'en demeure pas moins très étendu et très complet, et porte sur toutes les branches de la médecine; les hôpitaux spéciaux ne manquent pas en Angleterre; ils sont même beaucoup plus nombreux et plus spécialisés qu'en France; mais, quel que soit l'hôpital général auquel l'étudiant est attaché, il y trouvera presque toujours sur place des professeurs spéciaux pour lui enseigner les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge, de la peau, aussi bien que la chirurgie orthopédique, les maladies mentales ou l'hygiène publique. Enfin, on ne manque jamais d'exercer les élèves à l'emploi des diverses méthodes de diagnostic, notamment à l'auscultation de l'homme sain et de l'homme malade, aux recherches pratiques de micrographie et de chimie; des conférences spéciales sont instituées dans ce but, et rendent aux élèves des services considérables. Enfin, la tâche de l'étudiant est encore facilitée par la présence dans la plupart des hôpitaux, sinon dans tous, d'un ou de plusieurs répétiteurs (*tutors*) dont la mission consiste à aider les jeunes gens dans leur travail, et particulièrement dans la préparation de leurs examens.

Les frais scolaires des études médicales sont considérables en Angleterre; en revanche, un grand nombre de bourses sont données au concours: beaucoup de prix sont représentés par une somme dont le chiffre est variable, et les *assistants* de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale reçoivent des appointements relativement élevés; c'est ainsi qu'au Guy's Hospital, à Saint-Mary's et à Saint-George's hôpital, il y a des positions de 250 liv. st. et que les *house-surgeons*, dont la situation correspond à peu près à celle des internes des hôpitaux de Paris, touchent de 625 à 750 fr. par an; ils n'ont pas de frais d'études à payer, et sont logés. Toutes ces fonctions ne sont obtenues que pour six mois ou un an, ce qui fait que les titulaires en sont relativement nombreux et ce qui permet à tous les élèves un peu laborieux d'avoir, vers la fin de leurs études, au moins pendant six mois, les avantages de l'internat.

L'exercice de la médecine est absolument libre en Angleterre, mais nous avons dit que l'obtention de la licence, après validation par le Conseil médical, confère le droit d'exercer la médecine, avec les privilèges stipulés par la loi de 1858, et que par suite le diplôme de docteur en médecine devient en quelque sorte un luxe scientifique, dont se passent volontiers le plus grand nombre des praticiens du Royaume-Uni. Il n'y aurait pas grand mal à cela si les examens à la suite desquels on accorde cette licence portaient sur toutes les branches de l'art de guérir; malheureusement il n'en pas ainsi; les licences sont spécialisées (licence en médecine, en chirurgie, en accouchements) en sorte que le titulaire de l'une d'elles peut n'avoir sur les autres parties de la médecine que des connaissances théoriques ou insuffisantes; il n'en est pas moins autorisé à *exercer la médecine*, dans le sens le plus large de ces deux mots; ce regrettable état de choses appelle une réforme; les membres les plus autorisés du corps médical, — et, après eux, l'opinion publique, — se sont émus, et il est permis d'espérer qu'avant longtemps une législation plus logique remplacera cette excessive et dangereuse tolérance.

C'est ainsi que plusieurs corps enseignants se sont entendus pour adopter un modèle uniforme d'examen pour le premier grade et que la plupart des collèges-hôpitaux ont fixé à un prix unique, 125 guinées (soit 3,125 fr. par an) le montant total des frais d'études.

Un amendement voté cette année même (1886) par le Parlement a légèrement modifié dans quelques-unes de ses parties le *Médical Act* de 1858: les modifications introduites sont les suivantes:

1° Le Conseil Général Médical et le Conseil privé sont désormais autorisés à accorder aux titulaires de diplômes étrangers, après examen et appréciation de ces diplômes, le droit d'être régulièrement enregistrés et de jouir ainsi dans le Royaume-Uni des privilèges attachés à ces diplômes.

2° Le nombre des membres du Conseil Général Médical est accru par l'adjonction de six membres nouveaux; l'un de ces membres représentera l'Université de Victoria et sera élu par elle; les cinq autres seront élus directement par le Corps médical lui-même; trois de ces derniers membres seront élus par les médecins d'Angleterre, un par les médecins d'Ecosse et le cinquième par les médecins d'Irlande.

3° Enfin, tout en se gardant de porter atteinte aux privilèges des Universités, cet amendement décide qu'à l'avenir, aucune corporation ne pourra délivrer *à elle seule* les grades autorisant l'exercice de la médecine; elle devra pour cela s'adjoindre une ou plusieurs autres corporations; si elle ne pouvait arriver dans ce but à une entente avec d'autres corporations, elle serait autorisée à conférer des grades d'une façon indépendante, mais avec le

© BIU Santé

concours d'examinateurs pris hors de son sein et choisis à cet effet par le Conseil Général Médical ou le Conseil privé.

Il nous reste à parler des hôpitaux de Londres ; nous le ferons très sommairement ; mais comme ces hôpitaux sont, pour la plupart, des écoles de médecine, nous donnerons entre parenthèses, après le nom de chaque hôpital, l'indication des principaux médecins, chirurgiens ou accoucheurs qui y dirigent des services et y distribuent l'enseignement clinique ; nous ferons de même pour quelques hôpitaux spéciaux, non pourvus d'écoles, mais auxquels sont attachés des médecins jouissant d'une grande notoriété scientifique.

L'hôpital St-Barthélemy (MM. Klein, Andrew, Gee, Legg, Savory, Dyce Duckworth, Lauder, Brunton, Matthews, Duncan, etc.) contient 750 lits, dont 75 pour les convalescents. Salles de médecine, de chirurgie, de maladies des yeux, de maladies des femmes, de syphilis. Les enfants sont reçus dans les salles de médecine et de chirurgie. Les musées d'anatomie, de matière médicale et de botanique, ainsi que la bibliothèque de l'hôpital sont ouverts aux élèves tous les jours. — L'hôpital de Charing-Cross (MM. Pollock, Barwell, Green, etc.) renferme 180 lits, dont un certain nombre est affecté aux maladies des femmes et des enfants ; il possède un musée et une bibliothèque. — L'hôpital St-Georges (MM. Turner, Dickinson, Barnes, etc). contient 351 lits, dont 205 de chirurgie et 146 de médecine ; salles spéciales d'ophthalmologie et de gynécologie ; les enfants sont admis dans les salles de femmes. Bibliothèque et musée.

L'hôpital de Guy (MM. Golding-Bird, S. Wilks, Pavy, Bryant, sir William Gull, Moxon, Pye-Smith, Galabin, Geo. H. Savaye, etc.) contient 695 lits, dont 50 sont affectés aux maladies oculaires et 26 aux femmes en couches ; les enfants sont reçus dans les salles de femmes. La bibliothèque est ouverte aux élèves ; l'hôpital possède en outre des musées d'anatomie humaine, d'anatomie comparée (plus de 2000 pièces) ; d'anatomie pathologique (plus de 5000 pièces) et de matière médicale. — L'hôpital de King's College (MM. Burney Yeo, Gerald Yeo, Beale, G. Johnson, Playfair, David Ferrier, sir Joseph Lister, etc.) contient environ 170 lits ; il possède une bibliothèque et des musées d'anatomie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

Le London Hospital (MM. Sutton, Treves, sir A. Clark, Fenwick, Hughlings-Jackson, etc.) le plus vaste des hôpitaux du Royaume-Uni contient 800 lits, qui se répartissent de la façon suivante : accidents et chirurgie, 334 ; médecine, 300 ; maladies des femmes, 26 ; enfants au dessous de 7 ans, 68 ; maladies des yeux, 12 ; salles extérieures, 60. Musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, de matière médicale et bibliothèque. — L'hôpital de Ste-Mary (MM. Sieveking, Meadows, Broadbent, etc.) contient 165 lits dont 76 pour la médecine et 89 pour la chirurgie ; il y a une salle pour les maladies des femmes, et quelques lits pour les maladies d'yeux. Bibliothèque ; musées d'anatomie normale et pathologique, de matière médicale, d'anatomie comparée et d'histologie.

L'hôpital de Middlesex (MM. Coupland, Cayley, Edis, Douglas-Powell, etc., contient plus de 300 lits, dont 185 de chirurgie, 120 de médecine, une salle de 33 lits pour les cancéreux, des salles pour les affections utérines, les maladies des yeux et la syphilis. Bibliothèque et musée (5000 pièces).

L'hôpital Saint-Thomas (MM. Payne, Sharkey, Bristowe, Ord, sir William Marc-Cormac, Rayner, Hadden, etc.) renferme 572 lits, dont 160 de médecine et 230 de chirurgie : salles spéciales pour les maladies des femmes, les affections oculaires, la syphilis, les maladies des enfants au-dessous de six ans ; bâtiment isolé pour les maladies infectieuses. Les élèves ont accès à la bibliothèque, aux musées d'anatomie humaine et comparée de matière médicale, de chimie et de minéralogie, ainsi qu'aux laboratoires de physiologie et de chimie pratiques. — L'hôpital de l'université contient 200 lits, avec salles spéciales pour les maladies des femmes, des enfants, des yeux et de la peau ; à ce dernier département se rattache un service de bains médicamenteux. Bibliothèque générale et médicale ; musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, d'anatomie comparée, de matière médicale, de chimie, de géologie, de physique et d'hygiène (Parkes museum) ; laboratoires de chimie, de physiologie, de zoologie et d'hygiène. — L'hôpital Westminster contient plus de 200 lits : services spéciaux pour les maladies des yeux, des oreilles, de la peau, des dents, de la gorge ; salles de gynécologie, d'orthopédie, bibliothèque ; musées d'anatomie (belles préparations histologiques) d'anatomie pathologique et de matière médicale. — Parmi les autres hôpitaux de Londres, il faut encore citer le Great Northen Hospital (MM. Legros-Clerk, Cholmeley, Fancourt-Barnes, etc.), l'hôpital maritime de Greenwich ; le West London Hospital, qui contient 100 lits ; le City of London Hospital, réservé aux affections pulmonaires ; l'hôpital des phthisiques de Brompton (MM. C. J. B. Williams, Walshe, S. Quain, Pollock, C. T. Williams, D. Powell, etc.) ; l'hôpital des Enfants malades et les hôpitaux de Belgrave, Evelina, Victoria, tous trois consacrés aux enfants, ainsi que l'East-London Hospital ; le Royal Infirmary et le Samaritan hospital, pour les femmes et les petits enfants ; l'hôpital de Chelsea, pour les femmes ; l'Hôpital des femmes ; le British Lying-in Hospital (maternité) ; le Queen Charlotte's Lying-in Hospital (maternité) ; le City of London Lying-in Hospital, (maternité) ; le London Fever Hospital, pour les fièvres ; l'hôpital royal ophthalmique de Londres ; l'hôpital royal orthopédique de Westminster ; l'hôpital National pour les épileptiques et les paralytiques (MM. Ramskill Radcliffe, Hughlings-Jakson, Buzzard, Charlton Bastian, Gowers et Ferrier) ; l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, l'hôpital dentaire de Leicester-Square, et enfin l'hôpital français de Londres.

B. Allemagne.

L'empire d'Allemagne comprend vingt Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes médicaux : ce sont les universités de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg (in Brisgau), Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Königsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tübingen et Würzburg.

Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de l'empire, s'il n'a passé l'examen d'Etat. On n'est pas médecin (*Arzt*) si l'on n'a pas subi l'examen d'Etat, fût-on docteur de l'une des Universités ; d'autre part, le titre de *Arzt* ne confère pas celui de docteur. Le médecin qui n'a pas subi l'examen d'Etat ne peut remplir aucune fonction ; il n'est pas reconnu et ne peut pas même exiger le paiement de ses services professionnels. Le praticien qui n'est ni docteur, ni *Arzt* exerce à ses risques et périls ; aucune loi ne lui interdit d'exercer, mais, en cas d'accident, il encourt non seulement une amende, mais un emprisonnement dont la durée peut varier de six mois à dix ans. La plupart des étudiants passent l'examen universitaire et l'examen d'Etat.

Les Universités allemandes comprennent trois ordres de professeurs : les professeurs, les professeurs extraordinaires et les *privat-docent*. Les professeurs sont nommés à vie ; leurs appointements sont fixes, mais ils peuvent être plus ou moins élevés suivant la réputation du professeur ; —les professeurs extraordinaires sont choisis parmi les *privat-docent* ; leurs appointements sont variables, car ils sont formés en grande partie des rétributions payées par les élèves ;— le nombre des *privat-docent* est illimité ; c'est une situation accessible à tous les docteurs en médecine, et d'autant plus rémunératrice que le *privat-docent* a plus de succès, puisque les rétributions des élèves volontaires constituent son seul salaire ; en aucun cas, ces rétributions ne peuvent être inférieures à celles qui sont payées pour les cours du professeur ordinaire. L'institution du *privat-docent* assure suffisamment la liberté de l'enseignement médical pour que l'Etat puisse, sans grande intolérance, interdire l'ouverture de toute école libre de médecine.

La durée des études médicales en Allemagne ne peut en aucun cas être inférieure à neuf semestres. L'examen d'Etat peut être subi soit à Berlin, soit dans l'une quelconque des Universités : avant de s'y présenter, le candidat doit produire : 1° un certificat constatant qu'il a suivi le cours d'études complet d'un gymnase ; 2° un certificat constatant qu'il a suivi le cours complet des études médicales dans une Université ; 3° un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de sciences naturelles dans une Université allemande ; 4° la preuve qu'il a, pendant deux semestres au moins, suivi d'une façon effective une clinique médicale et une clinique chirurgicale, et qu'il a assisté au moins à quatre accouchements séparés ; 5° un certificat émanant d'un vaccinateur public ou de tout autre médecin reconnu et attestant qu'il a acquis une dextérité suffisante dans l'art de vacciner.

L'examen est divisé en sept parties ; il y a été ajouté récemment une épreuve d'hygiène et de matière médicale ; il a toujours lieu en allemand.

Nos lecteurs se rendront mieux compte de l'organisation des facultés allemandes par la description que nous donnons ci-dessous de la faculté de MUNICH (1129), d'après les renseignements qui nous ont été fournis obligeamment par le doyen, M. le professeur VOIT.

I. Institut anatomique. — Deux professeurs ordinaires d'anatomie, l'un pour *l'anatomie descriptive* et *topographique*, l'autre pour *l'histologie* et *l'embryologie*. Chaque professeur est secondé par deux assistants. Les quatre assistants réunis touchent 5.500 marks. La somme inscrite au budget pour l'institut est de 10.157 marks, cette somme étant insuffisante, on propose de l'augmenter de 4.600 marks. L'institut est en réparation en ce moment, on construit des bâtiments qui l'agrandiront du double.

II. Institut physiologique. — Ce bâtiment est destiné aux recherches physiologiques : il contient une grande collection d'instruments et appareils affectés à ce genre de travaux. Le rapport de Würtz au gouvernement français en donne la description. Le professeur a deux assistants avec des traitements de 1.650 à 1.200 marks. Le budget s'élève à 8.430 marks. On donne dans l'institut un cours de *physiologie expérimentale*, et une fois par semaine un cours de deux heures sur un chapitre de *physiologie* avec *expériences*. Le laboratoire est ouvert trois fois par semaine à deux heures différentes, dans l'après-midi, aux élèves qui

© BIU Santé

veulent s'exercer; les élèves plus avancés font en outre des *recherches spéciales*.

III. Institut pathologique. — Le directeur de l'institut pathologique, ouvert en 1875, est professeur ordinaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, il est de plus prosecteur de l'hôpital de la ville pour les services ordinaires et les cliniques que cet hôpital contient. Le budget de l'institut est d'environ 9.000 marks; au printemps de 1884, on y a fondé un *laboratoire bactériologique* avec dix tables de travail; la dépense a atteint 6 000 marks environ; le budget de l'institut en a été grevé à un tel point, qu'il a fallu proposer une augmentation de 5.000 marks par an. Deux assistants, avec des traitements de 1.300 marks chaque, sont attachés à l'institut pour *l'anatomie pathologique*. Il y a un assistant de *chimie pathologique*, qui est en même temps professeur de physiologie à l'école vétérinaire. Les procès verbaux d'autopsie sont faits par deux ou trois assistants sans traitement, choisis parmi les vieux étudiants, ils remplissent ces fonctions pendant trois à six mois. Les autopsies s'élèvent à 6.700 par an : l'institut reçoit à peu près le même nombre de pièces, tumeurs, etc., des divers hospices de la ville, des cliniques chirurgicales, des médecins, de l'abattoir de la ville. Presque 1/3 (200 par an) des cadavres est utilisé pour les cours d'autopsies, 50-60 pour les examens. Tout le matériel anatomo-pathologique, provenant des autopsies et du dehors, est employé pour les cours de *démonstration* et les *exercices histologiques*. Le professeur d'anatomie pathologique fait lui-même actuellement, en présence des cliniciens et de leurs élèves, les autopsies dites cliniques (cas présentés dans les cliniques), ainsi que les autopsies de cas intéressants; il dirige les cours d'autopsie et les cours pratiques de microscopie. Les autres autopsies sont faites par les assistants sous la direction du médecin en chef de l'hôpital. Les autopsies privées de malades de la ville sont faites dans les salles d'autopsies des cimetières. On ne fait pas d'autopsies dans la petite morgue de l'hôpital, on n'y place que provisoirement les cadavres qui sont plus tard autopsiés à l'institut pathologique.

IV. Clinique chirurgicale. — Elle est installée dans l'hôpital général. Le professeur de clinique chirurgicale est en même temps médecin en chef des salles de chirurgie et a un assistant clinique, et deux assistants pour les autres salles. Chacun des trois assistants a un co-assistant choisi parmi les étudiants. L'assistant de la clinique reçoit environ 1 100 marks de l'université et le logement. Les deux assistants des salles non cliniques ont chacun 800 marks et le logement. Les trois co-assistants ne sont pas payés. Le professeur de clinique donne aussi des cours théoriques de chirurgie, des cours de chirurgie opératoire et des cours d'opération. Les cadavres reçus à l'anatomie pendant le semestre d'été lui sont destinés. La clinique chirurgicale a deux petits budgets par an, un de 2.000 marks pour achat d'instruments et appareils, pour payer les porteurs de malades (infirmiers?) et pour la confection de liquides conservateurs et injections désinfectantes. Le second budget de 1.029 marks est destiné à faire entrer à l'hôpital des malades pauvres, intéressants et opérables. L'amphithéâtre de clinique et la salle d'opération étant devenus trop petites, la commune aidée de l'Etat va, pour une somme de 900.000 marks environ, construire un institut chirurgical, (2/5 payés par la commune et 3/5 par l'Etat, environ). La chose a été acceptée des deux parts. Un autre inconvénient consiste en ce que le petit budget de 1.029 marks ne suffit que pour 15 à 20 malades; ces derniers reviennent très cher, à 2 1/2 marks par jour. Or, il vient chaque année 80 à 100 malades opérables, qui n'ont avec eux d'autre bagage qu'un certificat constatant que ni eux ni la commune ne peuvent payer. Si le professeur ne veut pas renvoyer sans les opérer ces malheureux, qui souvent n'ont amassé l'argent de leur voyage qu'en mendiant, il lui faut ou bien payer de sa poche, ou quémander à son tour auprès des gens riches. Cet abus aura disparu sous peu.

V. Clinique ophthalmologique de l'Université. — Dirigée par un professeur ordinaire ayant sous ses ordres trois assistants et un étudiant comme co-assistant. Les quatre assistants touchent ensemble 3.600 marks. Le budget de l'institut monte à environ 8.000 marks; il est suffisant. Le déficit assez considérable est couvert par les honoraires payés par les malades soignés à la clinique. Les installations sont calculées en vue de 45 lits de malades. Le soin des malades et leur subsistance est du ressort du comité général de l'union des femmes bavaroises.

VI. Cliniques médicales. — Elles se trouvent à l'hôpital général de la ville et dans l'institut clinique bâti à côté. Il y a deux cliniques médicales avec deux professeurs ordinaires et deux médecins assistants cliniques et *une clinique médicale propédeutique*. Tous les professeurs extraordinaires et les privats docents de la clinique médicale font leurs cours et leçons dans l'institut clinique qui subvient à l'éclairage, au chauffage, au service, etc. L'institut clinique a un médecin assistant et deux médecins adjoints, un économe et deux domestiques. Le budget est de 14.000 marks environ. Il n'y a pas de lits de malades à l'institut clinique, mais seulement pour des installations pour l'enseignement et les travaux scientifiques. Les malades sont dans un bâtiment annexe. Il y a encore à l'institut une *policlinique* (2.500 malades environ par an), dirigée chaque semestre par quatre médecins adjoints. Dans les services il y a 11 médecins adjoints toucandidats de l'examen professionnel.

VII. Clinique gynécologique. — Elle a un budget de 51.000 marks sans compter le traitement du directeur. Elle se compose : 1) d'une section *obstétricale* avec 36 lits et 3 accouchements par jour. Les accouchées restent une semaine au moins. Tous les accouchements se font en présence d'étudiants. Six d'entre eux demeurent à tour de rôle à l'institut. Du 1er août au 1er décembre se fait un cours pour sages-femmes (75 élèves). Ces dernières quittent l'établissement une fois l'examen passé. Vingt-quatre d'entre elles demeurent en général à la clinique. 2) Section *gynécologique* avec 18 lits; 250 entrées par an. En général 10 à 12 lits sont occupés. 3) Section *privée* avec 30 lits recevant des femmes en général payantes, qui désirent accoucher dans la clinique ; on y a annexé des cas de gynécologie provenant de la clientèle privée du directeur. Le prix pour ces dernières est de 6 marks par jour.

Personnel médical. — 1) le Directeur, 2) 1 assistant (médecin) dirigeant la policlinique obstétricale dans laquelle travaillent chaque semestre environ quinze étudiants. 3) le second assistant (médecin) soigne les malades de la section gynécologique, ceux de la clinique gynécologique et les cas de la policlinique. 3-400 par an seulement, car la policlinique est à peine fondée. 4) le troisième assistant (médecin) dirige la section obstétricale. 5) un assistant faisant des préparations microscopiques et tenant en état les collections anatomiques. 6) Trois médecins internes demeurant à la clinique dans le but de se perfectionner dans la gynécologie. Chacun d'eux a une chambre à part et paie 20 marks pour son inscription et 30 marks par mois pour le logement, le chauffage et l'éclairage. 7) Chaque assistant a un co-assistant, candidat en médecine. Ces candidats suivent les cours et les leçons gratuitement et le premier d'entre eux a 16-17 marks par mois. En résumé, pendant le semestre, il y a onze médecins occupés à soigner les malades et à donner des cours aux élèves.

Personnel extra-médical. — 1) l'Econome. 2) la sage-femme en chef. 3) deux sages-femmes en second. 4) trois infirmières. 5) deux filles de salles et deux laveuses. 6) un domestique. 7) un machiniste. — Le directeur donne : 1) un *cours théorique d'obstétrique et de gynécologie*. 2) Un *cours de gynécologie et obstétrique opératoire*. 3) *exercices de toucher* deux fois par semaine. 4) la clinique *obstétrico-gynécologique*, six fois par semaine. Le premier assistant est aussi privat docent et donne les cours de *gynécologie et obstétrique* théoriques et le *cours des sages-femmes*; il est aidé des deux autres assistants médecins. Le traitement des assistants médecins varie entre 1.200 et 1.750 marks. L'économe a 3.000 marks.

VIII. Institut d'hygiène. — Dirigé par un professeur ordinaire aidé de deux assistants, un économe, deux domestiques. Les deux assistants ont 1.800 et 1.200 marks, l'économe 1.200 marks, le logement, les deux domestiques 1.200 et 1.020 marks. L'institut peut disposer d'une somme de 6.000 marks pour dépenses courantes. Le directeur donne dans l'institut des cours d'hygiène et dirige dans le laboratoire les travaux spéciaux des élèves avancés. Un assistant qui est *privat docent* en un même temps donne un cours *pratique d'hygiène* destiné aux futurs fonctionnaires médicaux qui veulent faire leur examen de Kreisphysicus. L'assistant fait en outre des *démonstrations d'hygiène* et fait des *excursions* avec les élèves. Un autre assistant, aussi privat docent, donne depuis quelque temps des cours de *bactériologie*. Il y a aussi à l'institut, mais dépendant du ministère de l'intérieur, un laboratoire où l'on examine les *aliments* : le directeur est le directeur de l'institut d'hygiène. Les recherches sont faites par deux assistants spéciaux et un volontaire; on s'occupe en premier lieu des recherches ordonnées par les autorités, en second lieu de recherches pour *les particuliers*. Le ministère a fixé les taxes à percevoir pour ces travaux. Une description de l'institut avec dessins et plans, a été publiée par le directeur actuel qui a présidé à sa construction et l'a inauguré en 1879. (*Das hygienische Institut der Kgl. b. Luitwigs Maximilians Universität München*, Brunswick, 1882. Depuis la publication de la brochure on a installé un *laboratoire bactériologique* spécial pour lequel on a fait une dépense extraordinaire de 2.500 marks (1).

IX. Clinique psychiatrique. — L'hospice d'aliénés pour la haute Bavière qui se trouve à Munich, sert à la clinique et contient 550 malades. Le directeur est en même temps professeur

(1) Voir *Progrès Médical, l'institut d'hygiène à Munich*, par Chantemesse, p. 794, n° 40, 4 octobre 1884.

© BIU Santé

ordinaire. En dehors de lui, il y a encore cinq médecins (un médecin en chef et quatre médecins assistants). Deux fois par semaine il y a des *démonstrations cliniques* durant deux heures. Les dépenses se montent en chiffres ronds à 420.000 marks. L'université fournit un appoint de 500 marks pour les dépenses plus spécialement cliniques.

X. *La policlinique.* — Elle a été fondée en 1843 à l'université, puis transportée en 1863 dans un bâtiment construit ad hoc, dans le voisinage de l'institut médical. Elle se divise en policlinique *médicale, obstétricale, chirurgicale et gynécologique*. La policlinique médicale est dirigée par un professeur ordinaire, la policlinique obstétricale aussi, les trois autres par des professeurs extraordinaires; chacune d'elles a pour assistant un médecin praticien, la policlinique chirurgicale en a trois. Chaque policlinique a deux candidats en médecine arrivés au terme de leurs études, comme co-assistants. Ces derniers ont comme rémunération en tout une somme de 4.005 marks, provenant de la somme laissée par l'ex-professeur Dr Reisinger, en vue de la fondation d'un institut pour le perfectionnement pratique des étudiants en médecine. Si l'on additionne tous les frais, la somme sus-indiquée comprise, on arrive à 13.335 marks 31 Pf. Outre les policliniques, on comprend dans cette somme les frais pour des cours tenus soit dans le local, soit dans d'autres instituts. Ce sont des cours de *physiologie physique médicale, histologie pathologique, pharmacologie, électrothérapie, laryngoscopie, ophthalmotopie et diagnostic physique*. Chaque année 20.000 malades environ sont soignés à l'institut, soit en consultation, soit au local, de dix heures du matin à sept heures du soir, soit, quand ils sont plus gravement atteints, gratis à domicile. On distribue aussi gratuitement des médicaments (les candidats, sous la direction du professeur de pharmacie, les prescrivent dans un cours spécial) ou des bandages. L'institut s'agrandit par la construction de deux grandes salles annexes et d'un second étage; il contient aussi deux chambres de malades pour l'observation de cas intéressants, et pour soins consécutifs donnés aux opérés; il y a aussi un laboratoire de *recherches chimiques* et une *bibliothèque* à l'usage des étudiants de la faculté de médecine.

XI. *Institut pharmaceutique.* — Destiné à l'instruction des nombreux élèves en pharmacie qui étudient à l'université : s étudiants ou médecins qui se destinent à la carrière de médecins légistes officiels (Amtsarzt) y apprennent à surveiller les pharmacies, ce qui sera plus tard de leur ressort. Ils peuvent s'y exercer, dans le laboratoire de l'institut, aux recherches chimiques de médecine légale. Le budget annuel de l'institut est de 914 marks, non compris le chauffage et l'éclairage qui sont à la charge de l'université. L'assistant de l'institut reçoit une rémunération annuelle de 1.000 marks. Le directeur de l'institut pharmaceutique a en outre installé dans le *Reisingerianum* une petite pharmacie avec une collection pharmacologique, pour donner aux étudiants qui se destinent à la pratique médicale à la campagne, l'occasion de s'exercer dans la distribution des médicaments qu'ils apprennent en même temps à connaître.

Parmi les principaux professeurs de la faculté, nous citerons : Gietl (médecine); Seitz (policlinique); Pettenkoffer (hygiène); Nussbaum (chirurgie); Voit (physiologie); Ziemssen (médecine); Winckel (accouchements); Gudden (psychiatrie); Bollinger (anatomie pathologique); — parmi les professeurs extraordinaires : Ranke (policlinique infantile); Martin (médecine légale); Œrtel (laryngologie); Tappeiner (chimie médicale); — parmi les privat-docent : H. Büchner et Emmerich (bactériologie); Hœsslin (anatomie pathologique); Gessler (microscopie).

L'Université de Berlin (1072 étudiants pendant le semestre d'été 1885), est l'une des plus importantes de l'empire d'Allemagne; elle compte parmi ses professeurs : von Bergmann et Bardeleben (cliniques chirurgicales), Gerhardt et Leyden (cliniques médicales), Waldeyer (anatomie), Virchow (anatomie pathologique), Dubois-Reymond (physiologie), Schrœder et Gusserow (obstétrique et gynécologie), Hirsch (épidémiologie), Liebreich (matière médicale), Westphal (psychiatrie), Koch (bactériologie), Schweigger (ophthalmologie), Rose (chirurgie). Parmi les professeurs extraordinaires on trouve les noms de Senator, Henoch (maladies des enfants), Gurlt, Küster, Sonnenburg, Julini Wolff (chirurgie), Munk, Fritsch, Lewin, Schweninger (Dermatologie), Schœler et Hirschberg (ophthalmologie), Bernhardt, Ewald, Fasbender, Christiani, Mendel, Fraentzel, Busch. Parmi les privat-docent nous trouvons les noms de A. et B. Fraenkel, Brieger, Kristeller, Tobold, Eulenburg, Guttmann, Zülzer, Falk, Gueterbock, Perl, Landau, Martin, Litten, Remak, Friedlaender, Lassar, L. Lewin, Rabl-Rückhard, Behrend, Fehleisen, Hans Virchow, Grawitz, Wyder, Baginsky, Hofmeier, Gluck. L'Université possède un magnifique Institut pathologique, dû à l'initiative de Virchow et situé dans les terrains qui dépendent de l'hôpital de la Charité. Il existe en outre divers établissements d'enseignement pratique; un institut anatomique, physiologique, des laboratoires de chimie, de physique, tous beaux bâtiments de construction récente. Nous citerons aussi le laboratoire d'hygiène dirigé par Koch où sont donnés les cours de microbiologie. Les élèves peuvent y travailler de 8 heures du matin à 3 heures de l'après-midi.

Il y deux ans que l'école dentaire a été ouverte à Berlin. On y donne un enseignement théorique et pratique : 1° chirurgie générale par Busch; 2° Maladies des dents et de la bouche par le même; 3° Théorie de l'obturation dentaire, par Paetsch; 4° Histologie normale et pathologique des dents, par Müller; 5° Introduction théorique sur la prothèse dentaire, par Saurer; 6° Policlinique des maladies des dents et de la cavité buccale, etc.

L'Université de Bonn (311 étudiants) (1), possède des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie; elle compte parmi ses professeurs : Veit (obstétrique et gynécologie), Binz (matière médicale), Leydig (anatomie comparée), Pflüger (physiologie), Kekulé (chimie), Rühle (clinique médicale), Saemisch (ophthalmologie), Trendelenburg (chirurgie). N'oublions pas parmi les professeurs extraordinaires, Doutrelepont (dermatologie et maladies syphilitiques). De nouveaux édifices magnifiques ont été construits par l'architecte Waldhausen.

L'Université de Breslau (397), a des instituts anatomique, physiologique, pathologique et pharmaceutique, et des cliniques médicale (Biermer), chirurgicale (Fischer), obstétricale (Fritsch), opthalmologique (Förster), syphilitique (Neisser). Ponfick est le directeur de l'institut d'anatomie; Heidenhain, dirige l'institut de physiologie; Voltolini enseigne l'otologie, la laryngologie et la rhinoscopie; Gierke, l'histologie et la physiologie du système nerveux, et Magnus, l'ophthalmologie. Sur le terrain du soi-disant Maxgarten qui a été acheté par l'Etat pour construire des cliniques pour la faculté de médecine de Breslau, on commence déjà à bâtir une nouvelle clinique de gynécologie. L'architecte est celui qui a bâti les cliniques de Bonn. Le jardin nommé Maxgarten est destiné peu à peu à toutes les cliniques de l'université de Breslau, excepté la clinique psychiatrique qui restera réunie à l'hôpital « *Allerheiligen hospital.* » Le no-restraint est rigoureusement appliqué dans l'asile d'aliénés (100) comme, du reste, dans presque toute l'Allemagne. Les élèves de la clinique d'accouchement sont appelés à tour de rôle.

L'Université d'Erlangen (219), possède un hôpital pourvu de cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, psychiatrique et ophthalmologique (Heineke, Zweifel, Hagen, Sattler); elle possède également des instituts d'anatomie (v. Gerlach), de physiologie (Rosenthal) et de pathologie (Zenker). Nous citerons encore les noms de Filehne (matière médicale), de Fleischer (laryngologie) et de F. Penzoldt (policlinique). Les infirmières sont des diaconesses. Chaque clinique possède des pavillons isolés; la clinique médicale en possède deux pour la variole, scarlatine et diphtérie.

L'Université de Fribourg (in Brisgau (474), dispose d'un laboratoire de chimie et d'instituts pour l'étude pratique de l'anatomie (Wiedersheim), de la pathologie (R. Maier, de la physiologie (v. Kries) etc.; elle est pourvue de cliniques de médecine (Bäumler), de chirurgie (Kraske), d'accouchements (Hegar) et d'ophthalmologie (Manz). Hildebrand est chargé de la botanique, Baumann, de la chimie physiologique et Thomas, de la clinique des enfants. Nous citerons encore les noms de Strasser (ostéologie), Schinzinger et Middeldorpf (chirurgie).

L'Université de Wurzburg (784), compte parmi ses professeurs Leube qui est devenu directeur de la clinique de médecine, comme successeur du professeur Gerhardt, qui a été nommé à Berlin, Fick (physiologie), Rindfleisch (anatomie pathologique). Rossbach (matière médicale), Trœltsch (maladies des oreilles), Kœlliker (anatomie humaine, comparée et topographique); J. Sachs (botanique), à la Faculté des sciences.

L'Université de Giessen (159) est pourvue d'un hôpital académique avec cliniques médicale, chirurgicale et ophthalmologique, d'une maternité, d'un laboratoire de chimie, et d'instituts de physiologie et de pathologie. La bibliothèque de l'Université renferme cent quarante mille volumes. On remarque parmi ses professeurs : Bose (chirurgie); Eckhard (anatomie) et Boström (anatomie pathologique).

L'Université de Göttingen (204) possède des instituts pour l'enseignement de la physiologie animale et végétale, et la pathologie, un hôpital (l'hôpital Ernest-August), une maternité, un asile d'aliénés avec clinique psychiatrique, un laboratoire de chimie et un institut vétérinaire. L'anatomie est enseignée par Merkel, la physiologie par Meissner, la médecine par Ebstein, la chirurgie par König, l'anatomie pathologique par Orth.

L'Université de Greifswald (457) dispose d'un hôpital qui comprend des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie. Parmi ses professeurs se trouvent : J. Budge (anatomie); Mosler (pathologie et thérapeutique); Arndt, professeur extraordinaire (psychologie et maladies nerveuses).

L'Université de Halle (316) possède une bibliothèque de cent mille

(1) Les chiffres entre parenthèses placés à la suite des noms des facultés indiquent le nombre des élèves pendant le semestre d'été de 1885, selon le *Deutscher Universitäts Kalender* de 1885-86.

© BIU Santé

volumes, un laboratoire de chimie, un jardin botanique, un musée de zoologie, un amphithéâtre d'anatomie, un musée zootomique, une maternité, un hôpital de médecine et de chirurgie, et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de pharmacie. Dans la liste de ses professeurs, on remarque les noms de Volkmann (chirurgie) ; de Bernstein (physiologie) ; de A. Græfe (ophthalmologie) ; de Hitzig (médecine psychologique); de C. Eberth et Welker (anatomie); Olshausen (accouchements) ; de Harnack, professeur extraordinaire (thérapeutique). Il existe à Halle une école dentaire annexée à l'Université. La durée des études y est de deux ans.

L'Université de Heidelberg (265) dispose d'un hôpital renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie; elle a un institut pour l'enseignement des maladies des oreilles, une maternité, des instituts d'anatomie, de pathologie, de physiologie et de zoologie, deux laboratoires de chimie et un jardin botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Gegenbaur (anatomie humaine et embryologie), Kühne (physiologie et histologie), Arnold (pathologie), Braun (chirurgie), Erb et Schultze, professeur extraordinaire (pathologie nerveuse).

L'Université d'Iéna (204) trouve son enseignement clinique dans l'hôpital grand-ducal ; elle possède en outre une maternité, un asile d'aliénés, des laboratoires et des musées d'anatomie, de zoologie, de physiologie, de pathologie, de chimie, etc. Schultze y enseigne l'obstétrique, Preyer la physiologie, J. Rossbach, la pathologie et la thérapie), W. Müller, l'anatomie pathologique, C. Bardeleben, professeur extraordinaire, l'anatomie.

L'Université de Kiel (227) est pourvue d'un hôpital de médecine et de chirurgie, d'une maternité et de divers musées et laboratoires ; elle compte parmi ses professeurs : Hensen (physiologie), Quincke (médecine), Heller (anatomie pathologique), Esmarch (chirurgie), Petersen (chirurgie) et Pansch, professeurs extraordinaires (anatomie).

L'Université de Königsberg (251) est pourvue d'instituts anatomique, pathologique et physiologique, de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie, de laboratoires de chimie et de pharmacie, etc. Naunyn y enseigne la médecine, Jacobson l'ophthalmologie; Benecke l'anatomie; Neumann l'anatomie pathologique; Samuel, professeur extraordinaire, la pathologie générale; Hermann, la physiologie.

L'Université de Leipzig (662) possède des laboratoires de chimie, de physico-chimie et de chimie pathologique ; un institut zoologique avec Leuckhardt pour directeur ; un institut d'anatomie dirigé par His, et un institut de physiologie (directeur : Ludwig), diverses cliniques, etc. Les principaux professeurs de cette Université sont Crédé (accouchements), Flechsig (psychiatrie), Ludwig (physiologie), Birch-Hirschfeld (anatomie pathologique); His (anatomie); Thiersch (chirurgie), Coccius (ophthalmologie), J. Carus (zoologie); Wenzel, professeur extraordinaire (anatomie et histologie), et Leuckhardt (zoologie). Les femmes ne sont admises en Allemagne ni aux cours ni aux examens ; toutefois de 1871 à 1880 quelques-unes avaient été admises par l'Université de Leipzig ; le gouvernement saxon a depuis interdit leur admission.

L'Université de Marburg (247) est pourvue d'un hôpital, et de divers laboratoires pour l'instruction pratique : Roser y enseigne la chirurgie, N. Lieberkühn, l'anatomie, Cramer, la psychologie, Marchand, l'anatomie pathologique et Wigand, la botanique.

L'Université de Rostock (92), une des moins considérables de l'Empire, compte parmi ses professeurs Th. Thierfelder (médecine et thérapeutique), Schatz (accouchements), Brunn (anatomie), A. Thierfelder (anatomie pathologique).

L'Université de Strasbourg (222) possède des instituts pour l'enseignement pratique de l'anatomie, de la physiologie expérimentale, de la chimie physiologique, de la pathologie et de la pharmacologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements, de maladies mentales, d'ophthalmologie, de maladies syphilitiques et cutanées (1); au nombre de ses professeurs nous voyons figurer : Schwalbe (anatomie humaine et embryologie); Laqueur (ophthalmologie); Schmiedeberg (pharmacologie); Goltz (physiologie); Hoppe-Seyler (chimie physiologique et pathologique); von Recklinghausen (anatomie, histologie et physiologie pathologiques); Kussmaul (clinique médicale); Freund et Aubenas (obstétrique et gynécologie); L. Jössel (anatomie); Wieger (maladies cutanées et syphilitiques); Strohl; ces quatre derniers anciens professeurs de la Faculté française; O. Schmidt (anatomie comparée); De Bary (botanique); F. Rose (chimie pratique). M. E Bœckel est chirurgien de l'hôpital civil.

L'Université de Tübingen (242) a sous sa dépendance un hôpital et divers établissements d'enseignement pratique. P. Bruns y enseigne la chirurgie; von Liebermeister, la médecine et la matière médicale; Henke, l'anatomie; Jürgensen, les maladies des enfants; Grützner, la physiologie; Ziegler, l'anatomie pathologique.

Nous rappelons à nos lecteurs, que M. le Dr R. Blanchard a publié ici même une série de lettres très remarquables sur les Universités en Allemagne (1). Nos lecteurs y trouveront de plus amples renseignements sur l'organisation intérieure des facultés, les bâtiments universitaires, leur budget, les mœurs des étudiants, etc.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur l'enseignement médical en Allemagne. Nous portons du reste, dans le cours de l'année à la connaissance de nos lecteurs tous les changements qui se produisent dans le personnel enseignant ou dans l'organisation des facultés de médecine de l'Allemagne. (2)

Nous ferons toutefois observer que dans presque tous les hôpitaux dépendant des facultés de médecine le personnel est entièrement laïque; chaque professeur de clinique est directeur de son service, et par conséquent de l'hôpital; quand une clinique occupe à elle seule tout un groupe isolé de bâtiments, il est secondé par un économe.

Notre ami et correspondant Dr Ed... nous a envoyé les renseignements suivants sur les médecins praticiens allemands :

« Les examens terminés, la plupart des médecins vont pour quelque temps dans une grande université pour y trouver l'occasion de se perfectionner dans les spécialités (otologie, laryngoscopie, pédiatrie, etc.). Quoique toutes ces spécialités soient l'objet d'un enseignement théorique et pratique dans presque toutes les petites facultés, le matériel y est ordinairement insuffisant pour y acquérir l'expérience nécessaire. Beaucoup de jeunes médecins se rendent dans les grandes maternités, comme par exemple à Dresde, où ils sont logés et où ils trouvent l'occasion d'assister à un grand nombre d'accouchements normaux et pathologiques. Pendant son temps d'études l'étudiant n'assiste guère qu'à 15 ou 20 accouchements, tandis que dans les grandes universités il peut en voir 30, 40 et davantage, s'il suit avec assiduité la policlinique. Les deux universités où se rendent le plus grand nombre des jeunes médecins sont Vienne et Berlin pour l'enseignement pratique ; la répartition excellente du matériel clinique et pathologique y permet de beaucoup voir et de beaucoup pratiquer. Ceux qui ont plus de temps et d'argent à dépenser se rendent, leurs études terminées, dans un institut petit ou grand pour y faire des recherches scientifiques sous la direction d'un professeur en renom. Ces premiers travaux sont utilisés généralement par la thèse. Nombre de ces thèses paraissent dans des revues connues et en forment un chapitre intéressant. Le sujet et la direction de ce premier travail décident souvent de la carrière de l'auteur. — D'autres, soit après leur examen, soit seulement après leur thèse deviennent assistants dans un institut ou dans une clinique universitaire ou non. Leur traitement s'élève dans les universités de 800 à 1500 marks (3), avec ou sans logement, quelquefois avec la pension, le chauffage et l'éclairage. Les premier et second assistants peuvent être assimilés aux chefs de clinique en France, avec les fonctions d'internes en plus. Le premier assistant a, outre la charge des malades confiés à ses soins (20 ou 30), malades souvent choisis dans d'autres salles en vue de l'enseignement, à donner des cours de diagnostic et de percussion. Il est fréquemment Privat-Docent et supplée le professeur en cas d'absence; son initiative varie selon l'importance de la clinique et les chefs de service. Le professeur s'efforce de faire publier le plus grand nombre de travaux par ses assistants; sa propre réputation et son avancement en subissent souvent l'influence. Dans les hôpitaux communaux, ces assistants reçoivent de 800 à 1.000 marks avec l'entretien complet. La place d'assistant de ces hôpitaux peut être comparé à celle d'interne en France, avec cette différence que le premier est mieux rétribué. Une circulaire ministérielle a, il y a trois ans, vivement recommandé à tous les hôpitaux de la Prusse, la création de places pour les médecins qui désirent se perfectionner.

Les médecins praticiens ont encore à leur disposition, une fois établis, les sociétés médicales, dont l'organisation se rapproche sensiblement de celle des sociétés françaises. A Francfort sur le Mein

(1) Cette clinique comporte 112 lits, 38 pour les hommes, 72 pour les femmes. Il y a 12 lits par chambre, plus 2 chambres particulières pour les malades que l'on veut isoler. Le sous-sol est occupé par les bains et douches, qui sont séparés pour les deux sexes. Au rez-de-chaussée se trouve la salle de cours où se trouvent les collections, planches, etc., à côté le cabinet du professeur, un petit laboratoire pour les travaux chimiques et la bibliothèque qui sert en même temps de salle de microscopie, et 2 salles de malades au 1er étage, 4 salles de malades et les deux chambres particulières. Au 2e, 4 salles sont réservées aux syphilitiques et vénériennes femmes; cet étage est mansardé. Le bâtiment contient en outre deux petites cuisines, deux chambres de sœurs et deux chambres d'infirmières. Le bâtiment est chauffé par des calorifères à air chaud et chaque salle est munie d'une cheminée d'aération permettant d'actionner le passage de l'air à l'aide de feux de cheminée.

(1) Ces lettres ont été réunies en un volume de 268 pages, dont le prix est de 4 francs. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

(2) Nous avons déjà à plusieurs reprises signalé l'organisation des cours de vacances soit pour les élèves, soit pour les médecins praticiens. Le journal a à plusieurs reprises publié le programme de quelques uns de ces cours. Cet exemple mériterait d'être suivi en France. Voir aussi les articles nécrologiques que nous consacrons aux professeurs allemands.

(3) Le marck vaut 1 fr. 25.

© BIU Santé

ils ont à leur disposition un institut d'anatomie avec amphithéâtres et collections, un jardin botanique, une bibliothèque, dûs à la générosité de Senkenberg; il existe en outre dans cette ville une association dont le but est de faire donner chaque année des conférences sur des questions médicales importantes. — L'existence des bibliothèques médicales circulantes explique le petit nombre d'abonnés que possèdent la plupart des revues allemandes.

Les journaux les plus lus, sont: la *Berliner klinische Wochenschrift*; la *Deutsche medicinal Zeitung* et les divers *Centralblatt*. Le prix élevé des *Archiv für Chirurgie, Gynaekologie, Innere Medicin*, etc. fait que ces dernières sont bien moins répandues, quoique le nombre de leurs lecteurs soit assez considérable. Parmi les journaux français nous citerons le *Progrès médical* dont le nombre des lecteurs augmente chez nous chaque année. Les deux journaux anglais les plus appréciés en Allemagne, sont: le *Lancet* et le *Britisch medical Journal*. Nous signalerons encore les revues annuelles sur les progrès de la médecine.

Les médecins militaires déclarés aptes au service, passent une année sous les drapeaux; et presqu'à chaque promotion à un grade plus élevé, ils sont tenus de faire un nouveau service de six semaines. Depuis trois ans ce service est remplacé par une série de cours de vacances de six semaines à l'université; pendant ce temps ils reçoivent la solde attachée à leur grade.

On peut dire avec raison qu'en Allemagne, celui qui veut étudier trouve facilement l'occasion de le faire; les noms que nous avons cités sont une garantie de la valeur des études médicales. L'Etat de son côté contribue à l'amélioration des instituts de médecine, cliniques, etc., qui puissent répondre aux exigences contemporaines. L'enseignement pratique tend de plus en plus à se substituer à l'enseignement théorique. Les branches spéciales sont enseignées dans les grandes universités.

Les cours pour les médecins praticiens n'avaient lieu jusqu'à ces dernières années dans les villes universitaires que pendant les vacances. Dorénavant ils ont lieu à Berlin durant tout le cours de l'année; leur durée sera d'un mois. Les cours suivants sont donnés en ce moment: Maladies nerveuses (Eulenburg), otologie (Hartmann et Jacobson), maladies des enfants (Klein), dermotologie (Lassar), médecine (Litten), laryngologie (Lublinsky).

Dans la plupart des Universités, on a actuellement institué des cours de vacances pour les médecins praticiens; ces cours sont bien suivis dans les grandes Universités (Berlin, par ex.); on fait aussi des cours pendant les semestres d'hiver et d'été qui sont uniquement destinés aux médecins-praticiens; ce qui donne à ces cours un caractère distinctif, c'est qu'on y a la facilité d'étudier toutes sortes de spécialités, l'ophthalmologie, la neuropathologie, le traitement des maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx, l'électrothérapie, la dermatologie, etc. Ces cours donnent aux jeunes membres du corps enseignant l'occasion d'apprendre à enseigner, ainsi que des bénéfices pécuniaires d'une certaine importance.

Le développement scientifique médical de l'Allemagne est dû en grande partie aux Congrès nombreux qui se transportent de ville en ville. Le Congrès des naturalistes et médecins allemands, qui chaque année siège pendant 8 jours, est le plus important d'entre eux et attire un nombre très considérable de membres. Les séances générales se succèdent et on travaille encore dans les sections: ces dernières cependant ne suffisent pas encore à leur tâche, qui est de permettre aux membres de s'occuper en commun de sujets qui sont plus particulièrement de leur ressort (1).

Il s'est en conséquence fondé des assemblées particulières avec des lieux de réunion spéciaux. Chaque année les neurologistes et psychiâtres viennent à Baden-Baden, les médecins proprement dits à Wiesbaden, les chirurgiens à Berlin, les ophthalmologistes à Heidelberg, etc., entendre des conférences et débattre des questions mises à l'ordre du jour à la session précédente. Les anatomistes ont ainsi décidé dernièrement de fonder une réunion de ce genre.

Ces Congrès « *voyageurs* » (Wanderversammlungen), ont une excellente influence sur le perfectionnement scientifique du praticien, au même titre que les Sociétés médicales, qui sont fort nombreuses aussi. Il n'y a pas en Allemagne *un* centre unique d'études médicales, comme Paris l'est pour la France. Les médecins allemands tiennent avec le plus grand soin à conserver les centres *nombreux* d'activité scientifique: le praticien surtout en tire le plus grand profit, car il y a ainsi partout des localités où une activité scientifique très manifeste l'attire et le stimule. Partout, les professeurs des Universités sont les présidents de ces assemblées et occupent le premier rang.

Les questions d'ordre non exclusivement scientifique, de déontologie et de législation médicale, ne sont pas discutées dans ces assemblées. Elles sont du ressort du « *Deutscher Aerztetag* »; cette assemblée est formée par la réunion des délégués des sociétés médicales. Cette assemblée se réunit une fois par an, pour fort peu de temps, et prend rapidement ses décisions, car le travail préparatoire a été fait en général très exactement: elle n'a qu'une influence morale sur la législation de l'empire.

(1) Voir ce que nous disions des Congrès en général à propos du *Congrès français* de chirurgie, *Prog. médical*, 1886, nos 43 et 44.

C. Autriche-Hongrie.

Les Universités de l'Empire Austro-Hongrois qui possèdent des Facultés de médecine et délivrent des diplômes médicaux, sont les suivantes: Vienne (Basse-Autriche), Prague (Bohême), Gratz (Styrie), Innsbrück (Tyrol), Cracovie (Galicie), Pesth (Hongrie), Klausenburg.

Toutes ces Universités relèvent du Gouvernement, et le diplôme de docteur en médecine qu'elles délivrent donne le droit d'exercer dans tout l'Empire. La durée des études exigées pour le doctorat, est de cinq années; les candidats ont à subir trois examens, qui, sauf une dispense spéciale et rarement accordée, doivent être passés tous dans la même Université. Le premier examen comprend: la physique, la chimie, l'anatomie et la physiologie; l'examen est théorique sur ces quatre sujets et pratique sur deux d'entre eux, l'anatomie et la physiologie. Le deuxième examen roule sur la pathologie et la thérapeutique générales, l'anatomie pathologique et l'histologie, la pharmacologie, la pathologie et la thérapeutique médicales; il y a une épreuve pratique d'anatomie pathologique et une épreuve de clinique médicale. Le troisième examen comprend: la chirurgie, l'ophthalmologie, les accouchements et la médecine légale; l'épreuve clinique porte sur la chirurgie, l'ophthalmologie et les accouchements. Les examens sont publics, et ont tous lieu en présence d'un commissaire du Gouvernement: pour le second et le troisième, un examinateur désigné par le Gouvernement est adjoint au jury. Les examens ont lieu en allemand, sauf à Cracovie où ils ont lieu en Polonais.

L'Université de Vienne est la plus importante de l'Empire. Elle a été fondée en 1365 et a eu, dans le dernier semestre, plus de 5,000 étudiants (5,358), (ordinaires (4,790) et extraordinaires). La Faculté de médecine a été fréquentée dans le même semestre par 2,259 étudiants (ordinaires (2,147) et extraordinaires). Parmi ses professeurs ordinaires se trouvent: Langer et Toldt (anatomie); Von Brücke (physiologie); Von Bamberger (pathologie spéciale et clinique); Charles Bixum et Breisky (accouchements et gynécologie pour les étudiants); Billroth (clinique chirurgicale); Hofmann (médecine légale); Sigmund (syphilis); Stricker (pathologie générale et expérimentale); Meynert (psychiatrie et maladies nerveuses); Kundrat (anatomie pathologique); Vogl (pharmacologie); Nothnagel (médecine interne); Albert (chirurgie); Stellway et Fuchs (ophthalmologie); Gustave Braun (accouchements pour les sages-femmes); Ludwig (chimie médicale); Wiederhofer (maladies des enfants). Elle compte en outre parmi ses professeurs extraordinaires: Leidesdorf (psychiatrie); Benedikt (maladies du système nerveux); Politzer, Gruber et Urban Aschitsch (otologie); Drasche (épidémiologie); Auspitz (maladies de la peau); Exner et Fleisch (physiologie); Rosenthal (maladies du système nerveux); Von Basch (pathologie expérimentale); Nowak (hygiène); Mosetig-Moorhof, Hofmokl, Ultzmann, Böhm, Salzer et Weinlechner (tous chirurgiens); Schnitzler, Störk et Schrötter (laryngologie); Schenk (histologie et embryologie); Weichselbaum (histologie pathologique, bactériologique); Stofella (maladies du cœur et des poumons); Oser (maladies de l'estomac et de l'intestin; Winternitz (hydrothérapie); Chzrback (gynécologie); Kaposi (dermatologie); Neumann (syphilis); etc.

Pendant ce semestre il y aura à la Faculté de Vienne des cours faits par 19 professeurs, 35 professeurs extraordinaires et 61 privat-docents, outre un grand nombre faits en plus par des assistants.

L'hôpital général (*Allgemeine Krankenhaus*) peut recevoir environ 3000 malades; on y trouve la matière d'un enseignement clinique portant sur toutes les branches de la médecine, sauf la clinique des maladies des enfants, qui se trouve à l'hôpital Sainte-Anne.

Les cours libres sont nombreux et utiles à Vienne; mais ils sont dispendieux; et, si l'étudiant peut y employer son temps d'une façon très profitable, il doit en revanche, s'attendre à dépenser des sommes relativement considérables. L'Université de Vienne se prête surtout à l'étude de l'anatomie pathologique, ordinaire ou médico-légale; le chiffre considérable de douze autopsies par jour n'est pas rare à l'hôpital général.

L'Université de Buda-Pesth, fondée en 1635 à Tyrnau, par le grand patriote Pierre Pazmany, transportée à Ofen en 1777, et enfin transférée à Pesth en 1784, comptait dans le dernier semestre 3,255 étudiants dont 1,095 pour la Faculté de médecine, 91 professeurs (70 ordinaires et 21 extraordinaires) et possédait une bibliothèque de 70,000 volumes. Parmi les professeurs ordinaires de la Faculté de médecine nous citerons: Lenhossék (anatomie); Wagner et Kérangi (médecine interne); Kovacs et Lumnitzer (chirurgie); Scheuthauer (anatomie pathologique); Mihalcovics (anatomie topographique et histologie); Schulek (ophthalmologie); Kézmarszki (accouchements); Ajtai (médecine légale); Balogh (pharmacologie); Fodor (hygiène); Jendrassik (physiologie); Schimmer (dermatologie), etc. Le nom-

© BIU Santé

bre des professeurs à ladite Faculté est de 20 ; 16 professeurs ordinaires et 4 extraordinaires.

La faculté de Cracovie, fondée en 1400, possède un personnel enseignant très complet : nous citerons Adamkiewiecz (pathologie); Mikulicz (chirurgie) ; Browicz (anatomie pathologique) ; Jakabowski (maladies des enfants). Citons encore : Teichmann (Anatomie) ; Madurowicz (accouchements) ; Rydel (ophthalmologie) ; Korczynski (médecine interne) ; Blumenstok (médecine légale) ; Cybulski (physiologie), etc.

L'Université de Gratz (371) possède des instituts d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de zoologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie, d'obstétrique et de gynécologie ; des laboratoires de chimie physiologique et pathologique, un laboratoire de chimie, etc. Elle trouve l'enseignement clinique dans plusieurs établissements hospitaliers, parmi lesquels il faut citer l'hôpital général (700 lits), la maternité (120 lits), l'hôpital de la Ville (80 lits) ; l'hôpital des enfants (80 lits) et deux infirmeries (245 lits). Parmi les professeurs de cette Université fondée en 1586, mentionnons R. Von Krafft-Ebing qui enseigne la psychiatrie; Schroff, la pharmacie ; Helly et P. Börner, professeur extraordinaire, les accouchements ; Eppinger, l'anatomie pathologique ; Rollett (physiologie); Blodig (ophthalmologie); Rembold (médecine interne) ; Wölfler (chirurgie) ; Schauenstein (médecine légale) et Zuckerkandl (anatomie).

L'Université d'Innsbrück a des laboratoires, des cliniques et divers autres établissements d'enseignement pratique ; elle dispose en outre d'un hôpital général de 204 lits et d'une maternité de 130 lits. Elle a été fondée en 1497. Parmi les professeurs à la Faculté médicale, citons : Holl (anatomie) ; P. Vintschgau (physiologie) ; Schnabel (ophthalmologie) ; P. Rokitanstky (médecine interne) et Nicoladoni (chirurgie), etc.

L'Université de Prague, fondée en 1348, compte environ 2000 étudiants ; elle possède un amphithéâtre d'anatomie, des instituts de pathologie, de physiologie, de chimie médicale et de zoo-chimie, des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et de dermatologie ; des cliniques obstétricales pour les médecins et pour les sages-femmes, etc. ; ainsi que divers hôpitaux, parmi lesquels nous citerons : l'hôpital général (950 lits) auquel se rattache l'hôpital des Sœurs de Bohême (220 lits) ; l'hôpital Frantz-Joseph, pour les enfants (100 lits) ; l'hôpital général israélite (50 lits) ; celui des Frères de la Charité (166 lits) ; celui des Sœurs de Sainte-Elisabeth (60 lits) ; l'asile public des aliénés (150 lits) et la maternité qui comprend 22 lits pour les mères et 176 pour les enfants. Dans la liste des professeurs de Prague, on trouve les noms de Hering (physiologie), Gussenbauer (chirurgie); de Pribram (médecine) ; de Chiari (anatomie pathologique) ; Bandl (accouchements et gynécologie); Maschka (médecine légale) ; Knoll (pathologie générale) ; Sattler (ophthalmologie) ; de Kaulich, professeur extraordinaire (maladies des enfants).

Il a été créé récemment à Prague une faculté de médecine de langue tchèque. Cette faculté, encore en voie d'organisation, a, parmi ses professeurs : Schoebl (ophthalmologie) ; Streng (gynécologie) ; Spina et Hlava (anatomie pathologique) ; Tomsa (physiologie) (1). Les correspondances de notre collaborateur Dagonet sur les Facultés de Prague (2) nous dispensent d'entrer dans de plus amples détails sur l'enseignement médical en Autriche-Hongrie.

L'organisation des autres facultés ne diffère que par quelques détails insignifiants. L'admission des femmes dans les universités de l'Autriche, tolérée pendant quelque temps, est actuellement interdite.

Quant à l'Université d'Agram (Croatis) elle ne possède pas de Faculté médicale ; elle ne possède qu'une clinique obstétricale pour les sages-femmes. Le directeur de cette clinique est : Lobmayer. En outre elle possède un cours pour les étudiants en pharmacie. L'Université d'Agram fut fondée en 1870 et est nommée : Université François-Joseph. 400-500 étudiants.

Les universités de Lemberg et de Czernowitz (Lemberg en Galicie Czernowitz en Bukowina) ne possèdent pas de facultés médicales non plus ; l'Université de Czernowitz a été fondée en 1875 (3).

D. Suisse.

Les quatre universités Suisses (Bâle, Berne, Genève, Zürich) confèrent le grade de docteur en médecine, mais ce grade universitaire ne donne pas le droit de pratiquer la médecine en Suisse. La patente de médecin praticien fédéral est obtenue à la suite d'un examen d'état que font passer des commissions fédérales d'examens nommées par un comité directeur siégeant à Bâle. A côté de ce titre de médecin fédéral permettant d'exercer la médecine dans toute la Suisse et d'occuper des positions médicales officielles et d'être médecin militaire, chaque canton peut autoriser la pratique médicale sur son territoire. Quelques cantons jouissent même du libre exercice de la médecine : le grade de docteur en médecine de Genève donne le droit d'exercer la médecine dans ce canton ; mais n'est pas valable pour toute la Suisse.

Les examens qui confèrent le droit d'exercer dans toute la Suisse se divisent en deux parties. Le premier (*propédeutique*) comprend des épreuves pratiques d'anatomie et d'histologie humaine, et un examen oral sur la physique, la chimie, la botanique, la zoologie et l'anatomie comparée, l'anatomie et l'histologie, la physiologie.

Le deuxième et dernier examen (*professionnel*) se divise en un examen pratique et en un examen oral. Le premier comprend : 1° L'examen de deux malades de médecine, de deux malades de chirurgie, d'un malade d'ophthalmologie et d'une malade d'accouchements. 2° Une consultation écrite sur l'un des deux cas de médecine et l'un des deux de chirurgie. 3° Une autopsie avec conclusions et préparation microscopique. 4° Deux opérations, et épreuves obstétricales sur le mannequin. 5° Examen écrit de médecine légale, de police sanitaire ou d'hygiène.

L'examen oral comprend la physiologie, la pathologie générale et l'anatomie pathologique ; la pathologie spéciale et la thérapeutique, y compris les maladies des enfants et la psychiatrie ; la chirurgie, l'ophthalmologie ; l'obstétrique et la gynécologie ; l'hygiène et la médecine légale ; la matière médicale. L'organisation des facultés suisses est à peu près la même que celle des facultés allemandes.

La faculté de Bâle (104), fondée en 1460, possède un hôpital qui contient des cliniques de médecine et de chirurgie, d'accouchements, des maladies des yeux et des maladies mentales ; elle possède également un hôpital d'enfants et des instituts pratiques de physiologie, de pathologie, de chimie et de botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Socin (chirurgie), Immermann (médecine), Bischoff (obstétrique), Miescher fils (physiologie), Roth (anatomie pathologique), Wille (psychiatrie), Schiess (ophthalmologie), Kollmann (anatomie). C'est la seule faculté suisse où les femmes ne soient pas admises.

La faculté de Berne (186) possède également des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, ainsi que des cliniques spéciales et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Kocher (chirurgie) ; Lichtheim (médecine) ; P. Müller (obstétrique et gynécologie) ; Langhans (anatomie pathologique), Vogt (hygiène); Pflüger (ophthalmologie); Emmert (médecine légale) ; Demme, professeur extraordinaire (maladies des enfants) ; Gasser (anatomie) ; H. Kronecker (physiologie) ; Nencki (chimie physiologique) ; Schwarzenbach y enseigne la chimie. — Nous signalerons tout spécialement la maternité de Berne construite, il y a quelques années, dans les meilleures conditions possibles. Les élèves s'y inscrivent pour y demeurer à tour de rôle pendant un mois, et sont appelés pour les accouchements et toutes les opérations qui s'y font. Un assistant est spécialement attaché au service des salles affectées aux femmes atteintes d'infection puerpérale, s'il s'en présente. Le professeur Müller est directeur de cette maternité ; il a sous ses ordres un économe.

La Faculté de Genève (104) possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, de physiologie, de chimie, de physique, fort bien installés. L'hôpital Cantonal, la maternité, l'asile des aliénés, l'hôpital ophthalmique, la policlinique, la morgue judiciaire sont les établissements qui servent à l'enseignement pratique des diverses branches de la médecine. Les études sont organisées d'après le système de la liberté d'études, sans qu'il y ait une division tranchée par années. Six ans sont considérés comme le temps approximativement nécessaire pour parcourir le champ d'études et être préparé à subir les examens de docteur. Les professeurs sont : MM. Laskowski (anatomie), Schiff (physiologie), Zahn (anatomie pathologique), Revilliod (clinique médicale), Julliard (clinique chirurgicale), Vaucher clinique obstétricale et gynécologique), Vuilliet (policlinique), D'Espine (pathologie interne), Reverdin (pathologie externe et médecine opératoire), Prevost (thérapeutique), Dunant (hygiène), Brun (matière médicale), Gosse (médecine légale), Olivet (psychiatrie) ; Jentzer (gynécologie opératoire sur le cadavre), A. Reverdin (pansements et appareils). — Parmi les Privat-Docent nous citerons Barde et Haltenhoff (ophthalmologie), E. Chenevière (accouchements), Ed. Martin (voies urinaires), Ladame (électrothérapie). M. Carl Vogt enseigne à la Faculté des sciences la zoologie et l'anatomie comparée. C. Yung, la zoologie générale ; Græbe et D. Monnier la chimie ; Wartmann et Raoul Pictet, la physique. Il existe à Genève une école supérieure de chimie fondée en 1879, et une école dentaire ouverte depuis quatre ans.

La ville de Lausanne (Vaud) possède une école préparatoire de médecine confondue avec la faculté des sciences ; l'anatomie avec exercices de dissection, la physiologie, l'hygiène, la pharmacie,

(1) Voir pour plus de détails, *Progrès médical*, n° 34, 22 août 1885, *Cours pour les médecins praticiens*.

(2) Voir *Progrès médical*, 1884 : Une visite à la clinique du professeur Gussenbauer. Les facultés de médecine de Prague. La Gebaeranstalt. n°s 27, 36, 37, 38.

(3) Pour se rendre compte du rapide développement des études médicales à Vienne et en Autriche-Honhrie, comparer les renseignements fournis à ce sujet aujourd'hui avec ceux que donne le *Numéro des Etudiants* de 1885.

© BIU Santé

l'histologie générale y sont les principales branches enseignées. On peut y subir l'examen propédeutique.

L'université de Zürich (204) possède un hôpital général, un hôpital d'enfants, une maternité, et des laboratoires de pathologie, de physiologie, d'anatomie, de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Meyer (anatomie), Frey (histologie), Klebs (anatomie pathologique), Eichhorst (clinique médicale), Horner (ophthalmologie), Krönlein (chirurgie), Fränkenhauser (obstétrique), Wyss (pédiatrie et hygiène), Forel (psychiatrie), Hans V. Wyss, privat-docent (médecine légale). Un grand laboratoire d'anatomie pathologique (bâtiment spécial, pourvu de tout le matériel nécessaire a été bâti, il y a deux ans. Tous les malades morts dans les hôpitaux et asiles cantonaux sont autopsiés. On construit en ce moment un laboratoire nouveau pour la physique et la physiologie. Les hôpitaux sont tous et entièrement laïques et dirigés par des médecins. L'hôpital cantonal possède des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses (variole, fièvre typhoïde, etc.). Les élèves de la clinique d'accouchements sont appelés à tour de rôle, par le concierge pour aller assister aux accouchements.

Il existe dans le canton de Zürich deux asiles d'aliénés; Burghögli pour les curables (350 lits) dont le médecin directeur est M. Forel, professeur de psychiatrie, et Rheinau pour les incurables (650 lits). Des chambres mortuaires existent à l'institut d'anatomie pathologique, à l'institut d'anatomie, à l'asile de Burghögli et en ville.

La méthode antiseptique est naturellement employée à la clinique chirurgicale. M. Krönlein qui avait abandonné le Spray, l'a repris à cause des affections septicémiques causées par les étudiants; avant chaque opération il fait désinfecter la salle; il emploie de préférence la gaze iodoformée et la gaze salicylique pour les pansements; pour les opérations faites dans la cavité abdominale il use d'une solution de sublimé (1/1000) qui est aussi employée à la clinique d'accouchements. Les assistants de l'hôpital cantonal donnent de petits cours pour les infirmiers et les infirmières. (1)

E. Hollande.

La médecine est enseignée en Hollande aux trois Universités de l'Etat, de Leyde, Gröningue et Utrecht, à l'Université communale d'Amsterdam. Athénée, où existe une école secondaire ne possédant pas le *fas promorandi*, et à l'école militaire qui forme plus spécialement les officiers de santé pour l'armée de terre et de mer et les colonies.

La Hollande offre une multiplicité très grande de titres et de grades. Ainsi les docteurs en médecine, en chirurgie et en obstétrique (*medicinæ, — chirurgiæ, — et artis obstetricæ doctor*), tous trois distincts, le médecin-chirurgien-accoucheur (*geneeskeel-en verloskundige*), l'officier de santé (*officier van gezonzheid*), titre réservé au corps de santé militaire, le simple accoucheur (*verloskundige*), la sage-femme (*vroëdvrouw*), sans compter quatre grades pour la pharmacie; tous ces titres et grades donnant lieu à des études et à des examens différents (2).

Dans les quatre villes se trouvent un hôpital académique et des laboratoires de physique, chimie, zoologie, botanique, d'anatomie, de physiologie, de pathologie expérimentale et de pharmacie; à Amsterdam, il y a en plus des laboratoires d'hygiène et d'anatomie pathologique.

La médecine est exercée exclusivement par ceux qui ont le titre d'*arts*, titre accordé après un examen pratique, par une Commission nommée annuellement par le roi.

On est admis étudiant en médecine après l'un des deux examens suivants : l'*Examen littéraire-mathématique* (sciences mathématiques, le hollandais, le français, l'allemand et un peu de latin); l'*Examen d'admission à l'Université* (sciences mathématiques, le hollandais, le latin et le grec). — Ou après avoir parcouru avec succès les six classes d'une école latine (sciences mathématiques, géographie, histoire, le latin, le grec, le hollandais, le français, l'allemand et l'anglais).

Les étudiants qui ont suivi les deux dernières voies seulement, peuvent aspirer plus tard au titre de docteur en médecine. Les femmes sont admises à l'Université.

Le grade de docteur en médecine peut être demandé seul, ceux de docteur en chirurgie ou en obstétrique, ne peuvent être accordés séparément qu'aux candidats munis du premier.

Les médecins-chirurgiens-accoucheurs, sorte d'officiers de santé civils, les pharmaciens et sages-femmes, reçoivent leur diplôme après avoir passé un examen d'Etat, devant un jury composé de professeurs des établissements officiels, de médecins du pays et même d'officiers de santé.

Il y a trois classes de professeurs en Hollande, le professeur titulaire (*professor*), le professeur extraordinaire (*lector*) et le *privat-docent*. Les professeurs peuvent enseigner plusieurs matières et les titulaires ne doivent pas se livrer à la pratique.

A l'Université, l'étudiant passe les examens suivants : 1° Botanique, zoologie, physique, chimie (après deux ans). 2° Anatomie, physiologie, histologie, pharmacologie, pathologie générale (après deux ans). 3° Pathologie interne, chirurgie (théorique), l'art des accouchements (théorique), anatomie pathologique, pharmacodynamie, hygiène (après deux ans).

Après une thèse de doctorat, la Faculté accorde le titre de docteur en médecine à ceux qui ont passé ces trois examens et qui, lors de leur admission à l'Université, ont prouvé de savoir suffisamment le latin et le grec. Ordinairement, l'étudiant se soumet à l'examen pratique d'*arts* un an après le troisième des examens nommés.

F. Danemark.

Le siège de la Faculté est à Copenhague : tout étudiant peut librement suivre les cours après s'être fait inscrire; les femmes y sont admises ; mais il faut être Danois pour obtenir à la suite des examens réglementaires le droit d'exercer.

Il y a deux titres, le *kandidat* et le *doctor*. Le premier représente la presque universalité des médecins du pays, le second est réservé pour ceux qui aspirent à l'enseignement et à des fonctions administratives élevées. A la rigueur un kandidat pourrait être nommé professeur par une simple ordonnance royale, mais depuis quelque temps déjà, les chaires sont données au concours. Il faut ajouter que le *kandidat* ne peut pratiquer l'art des accouchements qu'après un stage à la maternité. Pour les kandidats, les jurys d'examen se composent de deux professeurs de la Faculté et d'un médecin pris en dehors et nommé par le collège de santé, sorte de grand conseil d'hygiène du gouvernement. Pour être reçu docteur, il faut avoir obtenu le *premier caractère* à l'examen de kandidat, être muni du certificat d'aptitude, du professeur d'accouchements, chef du service de la Maternité et présenter une thèse, que l'on défend contre deux professeurs et même contre les auditeurs. Le jury du concours pour les professeurs se compose de quatre professeurs de la Faculté et de trois membres de la Société Royale de médecine.

La durée des études est ordinairement de six ou sept ans. L'enseignement théorique est donné dans les anciens bâtiments de l'Académie de chirurgie, où se trouvent aussi l'Institut qui comprend l'amphithéâtre d'anatomie et le laboratoire de physiologie naguère professé par le savant et regretté Panum dont nous avons récemment enregistré la mort, un amphithéâtre d'anatomie, des collections d'anatomie normale et pathologique, d'instruments de chirurgie et de matière médicale. L'enseignement clinique est fourni par les hôpitaux de Copenhague, où six professeurs de la Faculté remplissent les fonctions de chefs des divers services.

L'hôpital de la ville (kommune hospitalet), placé sur une colline, est certainement le plus beau et le mieux agencé des hôpitaux monumentaux de l'Europe. Dans chaque hôpital, le personnel médical composé d'un médecin ou chirurgien en chef, d'un médecin ou chirurgien adjoint, d'internes, et d'externes fixes et ordinaires. Les médecins qui ne sont pas chargés d'une chaire officielle à la Faculté, sont nommés soit par l'administration de la ville, ou par la direction de l'hôpital selon le cas. En général, la hiérarchie est observée, un externe peut devenir externe fixe, puis interne, puis médecin adjoint, puis médecin en chef. Les externes comprennent la totalité des étudiants et ce sont eux qui choisissent entre eux les externes fixes, par un vote auxquels prennent part aussi les internes et les chefs de service. Ce sont ces derniers qui proposent à l'administration ceux des externes fixes, qu'ils choisissent comme internes, et la plupart du temps les internes sont déjà reçus médecins (*kandidats*). Il faut ajouter que, à l'exception des médecins ou chirurgiens, professeurs de la Faculté et inamovibles, en raison de leur grade de professeur, les médecins et chirurgiens en chef d'un hôpital sont nommés pour six ans, seulement, les médecins adjoints pour trois ans, d'où il suit qu'un médecin d'hôpital n'y peut demeurer plus de neuf années.

Enfin, il faut citer, à Copenhague, la maison des étudiants, où se trouvent réunis, pour ceux qui le souhaitent, à bon compte ou à l'aide de bourses, toute l'installation matérielle désirable, logement, pension, etc., et un fort beau cercle dû à l'initiative privée.

L'enseignement de la médecine est gratuit. — Il a été fondé récemment à Copenhague un laboratoire de bactériologie dirigé par Salomonssen.

G. Suède.

Il y a en Suède trois Ecoles de médecine ; deux Facultés relèvent des Universités d'Upsal (1477) et de Lund (1668), et l'Institut médico-chirurgical de Stockholm (Karolinska Institutet). Ces trois écoles possèdent des musées d'anatomie normale et pathologique, des collections de produits chimiques et de préparations pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'obstétrique, des laboratoires de physiologie et de pathologie, etc. Pour être admis à la Faculté de médecine, l'élu doit passer devant la Faculté de philosophie le

(1) Nous sommes redevables à l'obligeance de M. Forel de la plupart des renseignements que nous publions sur la faculté de Zürich.

(2) Un projet d'organisation médicale est depuis longtemps à l'étude; nous n'avons reçu à cet égard aucun renseignement de date récente.

© BIU Santé

« Medico-filosofe Examen. » Les femmes sont admises à l'Université.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat (*kandidat*) et de licencié (*licentiale*) en médecine, les deux Facultés seules délivrent le diplôme de docteur.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat en médecine (*medicine kandidat*), de licencié en médecine (*medicine licential*), mais les deux Facultés délivrent le seul diplôme de docteur, encore bien que la thèse puisse être soutenue à l'Institut de Stockholm. La délivrance du parchemin est donc seule demeurée aux Facultés.

Le grade de *kandidat* n'est qu'un degré ; il ne donne pas le droit d'exercice ; mais les étudiants pourvus de ce titre, pourraient être accidentellement désignés pour occuper pendant quelque temps, et à titre provisoire, un emploi dans l'armée, ou dans la marine, et aux colonies, en cas de guerre par exemple. Le diplôme de licencié comporte le droit de pratique dans le sens le plus complet du mot.

Le diplôme de docteur est réservé pour obtenir le titre de professeur, titulaire, adjoint, ou *privat-docent*, de même que pour les hautes fonctions médicales, le conseil de santé, etc. L'enseignement de la médecine est entièrement gratuit ; la loi n'a établi ni de distinction de sexe, ni de limites d'âge.

Les études complètes ne demandent pas moins de huit à neuf années. L'examen de *kandidat* comprend l'anatomie, la physiologie, la chimie médicale, la pathologie générale, l'histoire de la médecine ; mais avant de passer l'examen public devant les professeurs réunis, l'élève passe un examen particulier avec chacun des professeurs En cas de refus, il peut, il est vrai, demander l'examen public, mais cela est fort rare. D'autre part, il n'y a point de temps fixé pour les études, l'élève peut se présenter aux examens dès qu'il se croit prêt, à toutes les époques de l'année hors le temps des vacances. Reçu *kandidat*, l'élève ne va pas à l'hôpital auparavant, il doit passer six mois dans chacune des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale des Facultés, cliniques dites préparatoires' huit mois dans les cliniques médicale et chirurgicale de Stockholm quatre mois dans le service d'accouchements et dans l'hôpital des enfants, deux dans la clinique syphilitique, deux dans une clinique de maladies mentales. Il peut alors se présenter aux examens particuliers de *licentiat*, puis aux examens publics, et il est reçu s'il a obtenu la mention *approbatur*, pour chaque matière, mention la plus faible des examens.

Pour être reçu docteur, il soutient une thèse, devant tous les professeurs titulaires de l'école. Le jury désigne un opposant qui argumente en son nom, et le postulant également. Toute personne présente d'ailleurs, peut faire des objections au candidat. Il y a en quelque sorte deux épreuves. L'une consiste dans la composition et la rédaction de la thèse, l'autre dans la manière dont elle a été soutenue et pour obtenir le diplôme de docteur, la mention *approbatur* est indispensable pour ces deux épreuves.

Le mode de nomination des professeurs consiste dans la soutenance d'une thèse sur un sujet de la matière de la chaire, et en deux conférences, l'une sur un sujet qu'il a étudié antérieurement, l'autre sur un sujet choisi par lui, sur une liste arrêtée par l'école huit jours auparavant. Tous les professeurs titulaires votent au scrutin secret, et les candidats sont présentés au chancelier par ordre de mérite.

H. Norvège.

Il n'y a en Norvège qu'une seule école de médecine ; elle dépend de l'Université de Christiania. L'enseignement théorique est donné à l'Université ; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital général et à la Maternité à laquelle est annexé un hôpital d'enfants. Deux asiles d'aliénés servent à l'enseignement de la psychiatrie ; les maladies chroniques sont traitées et étudiées à l'hôpital de la Ville. Il y a des travaux pratiques de chimie, de botanique et d'anatomie. Avant son immatriculation, l'étudiant doit subir deux examens préliminaires. Trois examens professionnels sont nécessaires à l'obtention de la licence ou permis d'exercer. Les candidats au titre de docteur doivent, une fois en possession de la licence, subir un quatrième examen, et présenter et soutenir une thèse.

I. Belgique.

Les Universités de Bruxelles, Gand, Liège et Louvain ont le droit de délivrer des diplômes académiques. Ce droit leur est conféré par la loi qui autorise en Belgique toute Université composée d'au moins quatre Facultés à délivrer des diplômes. Ceux-ci peuvent encore être délivrés par un jury (dit jury central) nommé par le gouvernement.

Pour acquérir une valeur légale, tout diplôme délivré par l'une des quatre Universités belges, doit être au préalable visé par une Commission gouvernementale. Cette Commission porte le nom de « Commission d'entérinement ». Sa mission se borne à vérifier si le diplôme est conforme aux prescriptions de la loi, notamment si les épreuves ont porté sur toutes les matières exigées par la loi.

Pour obtenir le titre de docteur, le récipiendaire doit subir dans les quatre Universités les mêmes examens à savoir : 1° Examen de candidature en sciences naturelles à passer devant la faculté des sciences et comprenant une épreuve orale sur la chimie, la physique, la botanique, la zoologie, les éléments de minéralogie et de géologie, la logique, psychologie et morale et une épreuve pratique de manipulations chimiques. Cet examen fait l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives au choix de l'étudiant. Ordinairement les étudiants suivent pendant deux ans les cours de la faculté des sciences et passent au bout de la première année un premier examen sur la moitié des branches (sciences philosophiques, physique expérimentale et zoologie) et au bout de la seconde année un examen comprenant le reste des matières. 2° Examen de candidat en médecine, deux épreuves ou une épreuve unique au choix de l'étudiant, à passer devant la faculté de médecine et comprenant : l'anatomie descriptive, l'histologie générale et spéciale, la physiologie y compris l'embryologie, les éléments d'anatomie comparée et la matière médicale, en outre une épreuve de dissection et d'histologie pratique. Les étudiants suivent généralement ces cours pendant deux ans et passent l'examen de candidat en deux fois, une épreuve au bout de la première année, une autre au bout de la deuxième année. 3° Trois examens dits de doctorat en médecine. *a*) Le premier doctorat (une ou deux épreuves au choix de l'étudiant) comprenant la pathologie et la thérapeutique spéciales des maladies internes, la thérapeutique et la pathologie générales, l'anatomie pathologique et l'hygiène. Epreuve pratique d'histologie pathologique. *b*) Le deuxième doctorat comprenant la pathologie chirurgicale y compris l'ophthalmologie, les accouchements, la médecine légale. *c*) Le troisième doctorat comprend un examen de clinique au lit du malade (clinique interne, externe, accouchements) et une épreuve pratique d'anatomie des régions et de médecine opératoire. Les étudiants suivent généralement les cours des doctorats en médecine et les cliniques pendant trois ans ; ils passent le premier doctorat (épreuve unique) à la fin de la deuxième année, et les deux derniers doctorats à la fin de la troisième année. La durée totale moyenne des études est donc de sept années. La loi ne stipule rien à cet égard. Elle exige seulement que les étudiants fréquentent les cliniques pendant trois ans. Les cours ne sont pas publics. Chaque étudiant prend au commencement de l'année une inscription de 15 francs. En outre les cours se paient de la façon suivante :

200 fr. (à payer une fois) pour les cours de la candidature en sciences.
200 fr. (à payer une fois) pour les cours de la candidature en médecine.
200 fr. pour les cours de chacun des doctorats en médecine.

Les examens de candidat en sciences et de candidat en médecine se paient chacun 40 francs. Chacun des trois examens du doctorat en médecine se paie 80 francs. Tous les étudiants en médecine sont tenus de fréquenter les laboratoires (chimie, histologie normale et pathologique, amphithéâtre, physiologie etc.) Ils ont à payer de ce chef une légère rétribution.

Pour pouvoir se présenter devant un jury universitaire, il faut avoir été inscrit au rôle des étudiants de l'Université et avoir suivi les cours se rattachant à l'examen pour lequel on se présente. A côté des jurys universitaires existe un « jury central » dont les membres, pris parmi les professeurs de quatre Universités, sont nommés par le roi. Devant ce « jury central » peuvent se présenter toutes personnes qui n'auraient pas été inscrites au rôle des étudiants de l'une ou l'autre Université, ou bien aussi les étudiants qui préfèrent ce jury à celui de l'Université dont ils suivent les cours.

Les Universités libres de Bruxelles et de Louvain délivrent enfin, après examen devant la Faculté, des diplômes honorifiques. Ces diplômes n'ont aucune valeur légale. La réglementation de ces examens n'est pas contrôlée par le Gouvernement.

La faculté de Louvain (catholique) a subi depuis 1880 quelques modifications ; les examens pour le doctorat (titre honorifique) y sont maintenant les mêmes que ceux de l'état ; une épreuve pratique d'autopsie y serait exigée, il a été créé un cours de biologie cellulaire (cours surtout pratique), un cours d'embryologie avec exercices pratiques, et un cours de chimie physiologique. Les cliniques ont pris de l'extension et comprennent comme dans les autres facultés l'obstétrique, l'ophthalmologie, etc. La médecine légale n'y est enseignée que théoriquement. En résumé cette faculté a modifié avantageusement son organisation, mais l'esprit qui l'anime est toujours le même. Ses professeurs les plus connus sont : Verriest (médecine), Debaisieux (chirurgie), Hubert fils (obstétrique). Le service d'autopsie est organisé comme en Allemagne.

La faculté libre de Bruxelles, possède des cliniques de dermatologie, de pédiatrie, de psychiatrie, d'otologie, de maladies des vieillards, etc.

Liège compte parmi ses professeurs A. Wasseige (accouchements), recteur de l'Université pour la période 1885-1888, Masius (clinique interne) (voir page 966), A. de Winiwarter (clinique externe, pathologie chirurgicale spéciale, médecine opératoire), Plucker (pathologie chirurgicale spéciale, clinique des maladies syphilitiques et cutanées), Vanlair (pathologie interne, clinique des maladies des vieillards), Swaen (anatomie, histologie), Putzeys (hygiène, une partie de l'anatomie), Léon Fredericq (physiologie), Van Aubel (thérapeutique, médecine légale), Firket (bactériologie pathologique,

© BIU Santé

anatomie pathologique, autopsies), Fraucotte (agrégé spécial, cours de pathologie nerveuse). — Le professeur E. Fuchs, depuis quatre ans professeur d'ophthalmologie à Liége, vient d'être appelé en cette qualité à l'Université de Vienne; son successeur a été M. Nuel (ophthalmologie, organe des sens).

A la Faculté des sciences, dont les cours sont suivis par les étudiants en médecine pendant les deux premières années, nous citerons Edouard van Beneden (zoologie, embryologie), Spring (chimie), Dewalque (géologie), etc.

Les locaux de l'Université de Liége ont reçu, dans ces dernières années, de grandes améliorations, on a notamment construit un certain nombre d'*instituts* destinés spécialement à l'enseignement théorique et pratique des sciences naturelles et médicales.

Les premiers construits ont été les instituts pharmaceutique (prof. A. Gilkinet, L. de Koninck, A. Jorissen), botanique (prof. Ed. Morren) et astro-physique (prof. Folie). L'institut anatomique (professeurs Swaen et Putzeys) est ouvert cette année aux élèves; il est construit dans les meilleures conditions, tant au point de vue de la salubrité que des facilités offertes aux études. On travaille à l'érection des instituts zoologique, physiologique et chimique, et l'on espère pouvoir commencer bientôt la reconstruction par pavillons de l'hôpital des Cliniques, auquel devra être annexé l'institut consacré à l'anatomie pathologique. Cette dernière mesure, dont nous avons montré les avantages dans nos études sur les services d'autopsies (1), est indispensable si l'on veut assurer le fonctionnement de ce service dans des conditions qui le rendent vraiment utile à l'enseignement. Nous souhaitons que les autorités académiques et administratives sachent profiter de l'occasion unique qui leur est offerte. — Liége et Bruxelles comptent plusieurs étudiantes, dont l'une vient de subir l'examen de pharmacien et a été autorisée à pratiquer.

J. Italie.

Les Facultés de médecine italiennes sont régies par la loi Casati (13 novembre 1859), modifiée depuis par divers arrêtés. Elles sont au nombre de 20, celles de Bologne, de Naples, de Padoue, de Palerme, de Pavie, de Rome et de Turin sont officielles, complètes et de première classe; celles de Cagliari, Catane, Gênes, Messine, Modène, Parme et Sassari, de seconde classe. Les Facultés de Pise et de Sienne n'ont que les quatre premiers cours, celle de Florence que les deux derniers. Les Facultés libres et incomplètes sont Perugia (4 ans de cours), Camerino et Ferrare (2 ans). Auparavant, chacune de ces Facultés avait son programme et ses usages. Actuellement, la durée des études est de six ans au moins; après ce laps de temps, on obtient la licence complète qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Presque tous les cours sont obligatoires (trois seulement sont facultatifs); parmi les études obligatoires figurent les manipulations de physique, de chimie et de pharmacie, les exercices pratiques d'ophthalmologie et de dermatologie et la clinique des maladies mentales. M. Bacelli a rétabli, en 1882, les examens spéciaux et généraux au commencement et à la fin de chaque année scolaire; le dernier examen est celui de doctorat.

La nomination des professeurs ordinaires, dit M. Bizzozero (2), a lieu de différentes façons. Tout d'abord, le ministre peut nommer directement ceux qui se sont fait connaître par des travaux, des découvertes, et des cours dans les matières qu'ils doivent enseigner. Le ministre, cependant, n'use de ce pouvoir que dans des cas extrêmement rares, et la nomination a lieu le plus souvent par concours. Les règles des concours pour les chaires ont beaucoup varié sous les différents ministères. D'après le règlement en vigueur du 20 mai 1882, lorsque le concours est ouvert, le ministre nomme la commission du jury, en choisissant les membres selon les propositions faites par la Faculté où la chaire est vacante. La commission peut se composer de cinq à neuf membres, et sa majorité doit être constituée par des professeurs ordinaires enseignant la même matière que celle du concours. Un seul des membres de la commission peut être choisi parmi les membres de la Faculté qui l'a proposé. La commission, après avoir examiné les titres des concurrents (travaux publiés, cours faits, places occupées) distingue les éligibles des non-éligibles, et place les noms des premiers par ordre de mérite; d'habitude le ministre nomme le premier de la liste. — Si la commission n'a pas trouvé quelqu'un d'éligible par titres, elle passe à l'épreuve d'examen, qui consiste: dans une controverse sur un mémoire présenté par le concurrent, dans une leçon, et dans un ou plusieurs exercices pratiques, si la nature de la matière mise en concours le permet. Dans cette dernière forme de concours, le premier proposé par la commission est également choisi d'habitude par le ministre, mais il est simplement nommé professeur extraordinaire. Ces règles, pour la nomination des professeurs, ont donné en général de bons résultats en Italie, et c'est particulièrement à elle qu'on doit ce réveil scientifique remarquable qu'on observe dans nos Universités. Il y a lieu de croire en effet que ce système italien est meilleur que le système allemand, autrichien, etc., selon lequel le choix du professeur à nommer est fait par la Faculté; car, selon notre système, le jugement scientifique est porté par des juges plus compétents, c'est-à-dire par ceux qui sont ou qui devraient être les meilleurs maîtres de la matière mise au concours, et en outre ces juges, appelés des différentes Universités du royaume dans la capitale, peuvent échapper plus facilement aux petites intrigues des Facultés, et aux sollicitations des candidats. »

La Faculté de Turin (1500 étudiants) possède des cliniques ophtalmologique, mentale, dermatologique, orthopédique, syphiligraphique, obstétricale, etc.; des instituts anatomo-pathologique (quatre autopsies par jour environ) et anatomique, des laboratoires d'hygiène, de médecine légale (autopsies judiciaires à la Morgue), de matière médicale, de pathologie générale, de physiologie, etc. Les principaux professeurs sont: Bizzozero (pathologie générale et histologie), Mosso (physiologie), Perroncito (parasitologie), Sperino (syphiligraphie), etc.

La Faculté de Naples qui compte près de 1.500 étudiants est aussi largement pourvue de laboratoires, instituts, cliniques, etc., qui sont dirigés par des professeurs dont beaucoup sont connus de nos lecteurs.

Nous avons pris pour type la Faculté de Turin, dont l'organisation est des plus parfaites, mais nous ajouterons que la plupart des petites Facultés laissent beaucoup à désirer, tant au point de vue de leur personnel enseignant que de leur installation matérielle. — A la fin de l'année dernière, une commission parlementaire avait émis un vote favorable à la loi Bacelli (décentralisation universitaire); nous ignorons s'il a été donné suite à ce projet. — Un règlement de 11 octobre 1875 autorise l'admission des femmes à l'Université aux mêmes conditions exigées des hommes.

K. Portugal.

Il existe en Portugal plusieurs grades médicaux. Le grade de bachelier (*bacharel*), inhérent à la réception à l'examen de la fin de la 4e année, celui de bachelier formé (*bacharel formado*), délivré à la suite de l'examen définitif de la 5e année, et donnant le droit d'exercer sur toute l'étendue du territoire portugais, celui de licencié (*licenciado*) (1). Le titre de *docteur* peut être obtenu par les licenciés à la suite de la soutenance d'une thèse dont le sujet est choisi par le candidat. Tous ces titres sont délivrés par la Faculté de Médecine de Coimbre. On trouvera encore en Portugal les titres de chirurgien ou médecin-chirurgien (*cirurgio*) formé par les écoles médico-chirurgicales de Lisbonne et de Porto, et d'officier de santé (*cirurgio ministrante* ou *licenciado minore*) nommé soit par la Faculté, soit par les écoles secondaires de Goa et de Madère. Ces grades divers ne donnent aucun privilège, quant à l'exercice de la médecine, cependant les officiers de santé ne peuvent exercer la médecine que dans la province, la colonie ou le district où ils sont établis.

Le programme des études varie nécessairement selon le grade recherché par l'étudiant. Il faut cinq années au moins, soit à la Faculté, soit dans les écoles, pour obtenir le diplôme de médecin-chirurgien ou de licencié. De même, soit dans les écoles, soit à la Faculté, la thèse est soutenue après ces cinq années. Le cours complet des officiers de santé est de trois ans. L'on ne réclame point de ces derniers ni l'anatomie comparée, ni l'anatomie pathologique, ni l'histologie, ni l'histoire de la médecine, qui font partie des matières enseignées aux licenciés, aux médecins-chirurgiens et aux docteurs.

Il y a trois sortes de professeurs. Les titulaires de chaires (*proprietarios*), les suppléants (*substitutos*) et les démonstrateurs (*demonstradores*). Les places sont données au concours. Pour être admis à concourir, il faut être muni de l'un des diplômes indiqués ci-dessus et joindre outre les certificats de bonne vie et mœurs et de libération du service militaire, une attestation constatant que le candidat n'est pas atteint d'une maladie contagieuse. A ces pièces, le candidat peut joindre ses titres scientifiques. Le jury pris parmi les professeurs titulaires, et les deux suppléants, se prononce, au vote secret sur l'admission des candidats au concours. Ces derniers subissent alors les épreuves suivantes: Deux leçons d'une heure chacune sur des questions tirées au sort, quarante-huit heures d'avance, une dissertation imprimée ou thèse, au choix des candidats, sur un sujet de la matière de la chaire vacante, interrogations sur les leçons et la dissertation du candidat, travaux pratiques, selon la matière de la chaire. Le jury classe les candidats par ordre de mérite, le président résume en public les travaux du concours, explique le choix des élus, et le dossier complet des opérations est transmis au Ministère, toutes les réclamations et observations des

(1) Bourneville et Bricon. — *Manuel de technique des autopsies*, p. 32 et suivantes.

(2) Bizzozero. — *De l'enseignement de la médecine en Italie* (*Archives italiennes de Biologie*, 20 mai 1883).

(1) Ce titre est délivré aux bacheliers formés ayant obtenu les notes très bien et bien, après discussion publique de cinq sujets tirés au sort trois jours auparavant, et la soutenance d'une thèse manuscrite dont le sujet est désigné par la Faculté trente jours avant la soutenance.

© BIU Santé

candidats étant admises et jointes aux pièces. Le gouvernement sur l'avis du Conseil général de l'instruction publique, approuve le choix fait ou demande un nouveau concours, mais seulement dans le cas d'inobservance des prescriptions légales, les candidats pourront eux-mêmes récuser le vote du jury, pour ce même motif.

L'organisation médicale du Portugal subira prochainement des améliorations dont nous ferons part à nos lecteurs. Plusieurs projets sont à l'étude. On trouvera au surplus des renseignements complets dans les ouvrages suivants : *Exposição succinta da organisão actual da universidade de Coimbra*, par Visconde de Villa-Major, Coimbra, 1878, 1 vol. in-8 de 525 pages; — *Memoria historica et commemorativa da faculdade de medicina nos cem annos decorridos desde a reforma da universidade em* 1772 *até o presente*, par serra de Mirabeau, Coimbra, 1872, 1 vol. in-8 de 317 pages; — *Annuario da universidade de Coimbra*, 1884-85; — *Projetos do relatorio e plano de reforma elaborados pela commissão restaurado em conselho da faculdade de medicina para estudar a reorganisação da mesma faculdade*, etc., in-8.

La Faculté de Coimbre possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, d'histologie et de physiologie, de chimie, etc. Parmi ses professeurs nous citerons : D'Almeida-e Azevedo (tocologie), Serra Mirabeau (physiologie), Pimentel de Mello (médecine légale), Siera Motta (anatomie pathologique).

A Lisbonne, l'hôpital San-José, où se trouve la faculté de médecine est, par le grand nombre de ses malades, un grand centre d'instruction. Les professeurs de clinique choisissent dans les autres services les malades les plus intéressants. Le personnel de l'hôpital, comme du reste dans tout le Portugal, est exclusivement laïque et largement rétribué. Parmi les professeurs, nous citerons les noms de Motta (physiologie), May Figueira (clinique médicale), Barbosa (anatomie pathologique). Les cours se donnent en portugais, mais presque tous les ouvrages admis par la Faculté sont de langue française. Nous ignorons si l'admission des femmes est actuellement réglementée, deux seulement ont été jusqu'ici autorisées par arrêté royal à subir l'examen de pharmaciens.

L. Espagne.

Il y a en Espagne dix Universités: celle de Madrid porte le titre d'Université centrale; les autres sont celles de Barcelone, de Grenade, d'Oviedo, de Santiago, de Sarragosse, de Valence et de Valladolid, auxquelles il faut ajouter les Facultés libres de Salamanque et de Séville.— Les Universités de Grenade et de Séville possèdent des Ecoles de médecine. Chaque faculté peut apporter quelques modifications de détail au programme de l'enseignement officiel. — Les renseignements que nous donnons ci-dessous sur deux de ces facultés, celle de Valence et de Madrid, permettront à nos lecteurs de juger du niveau scientifique atteint par quelques écoles espagnoles. L'enseignement médical est réglé par la loi d'instruction publique de 1857, avec les modifications apportées par les décrets de 1875 et 1880.

Université de Valence : Faculté de médecine. — Les programmes généraux comprenaient en 1885-86 : 1er *Groupe*. — Anatomie descriptive. Dissection. Physique et Chimie (à la Faculté des Sciences). — 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et générale, 2e cours (Angiologie, Névrologie) Dissection. Physiologie humaine. — Zoologie, Botanique et Minéralogie (à la Faculté des Sciences). — 3e *Groupe* : Pathologie générale et anatomie pathologique. Thérapeutique et matière médicale. — Hygiène. — 4e *Groupe* : Pathologie médicale. Pathologie chirurgicale. Obstétrique et maladies des femmes et des enfants. — 5e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire, Clinique des Accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — 6e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Hygiène publique, Médecine légale et Toxicologie. Ces études terminées, l'élève reçoit le titre de licencié qui donne le droit d'exercice dans toute l'Espagne et les Colonies. — 7e *Groupe* : (Doctorat), seulement à la Faculté centrale à Madrid.

Université centrale de Madrid : Faculté de médecine (année 1886-1887). — 1er *Groupe* : Anatomie descriptive (1er cours), Histologie et Histo chimie normales, Anatomie pratique ou Dissection (1er cours) (1).— 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et Embryologie (2e cours (2e cours), Dissection (2e cours), Physiologie humaine, théorique et expérimentale, Hygiène privée. — 3e *Groupe* : Pathologie générale et Eléments de clinique, Anatomie pathologique, Thérapeutique, Matière médicale, et de formule, Hydrologie. Hydrothérapie, Electrothérapie. — 4e *Groupe* : Pathologie chirurgicale, Pathologie médicale, Obstétrique et Gynécologie, Maladies de l'enfance, théorie et pratique. — 5e *Groupe* : Clinique chirurgicale (1er cours), Clinique médicale (1er cours), Clinique obstétricale et gynécologique, Anatomie topographique et Médecine opératoire, petite Chirurgie. — 6e *Groupe* : Clinique chirurgicale (2e cours), Clinique médicale (2e cours), Hygiène publique, Statistique et Législation sanitaires, Médecine légale et Toxicologie. — 7e *Groupe*, spécial à la Faculté de Madrid ou *groupe de Doctorat* : Histoire philosophique de la médecine, Application de l'hygiène publique à l'étude historique et géographique des Endémies et des Epidémies. Chimie biologique et analyses chimiques, spécialement des poisons (à la Faculté de pharmacie).

Le titre de docteur s'obtient à la suite d'un examen et de la soutenance d'une thèse.

Il y a actuellement trois catégories de médecins en Espagne, le docteur, le licencié, et le *practicante*.

Le Doctorat est condition absolue pour le professorat et pour quelques autres fonctions officielles. Le licencié peut exercer la médecine et la chirurgie dans tout le pays; le *practicante* est un ancien médecin reçu en vertu d'anciens règlements abrogés aujourd'hui. Un arrêté royal du 16 mars 1882 interdit aux femmes l'accès de l'enseignement supérieur.

Toutes les charges sont supportées par l'Etat excepté celles des hôpitaux cliniques auxquels l'Etat donne une indemnité, les charges ordinaires étant à la province.

Les Professeurs nommés après ce concours (Catedrâticos) reçoivent des émoluments qui varient de 1.500 fr. au début, à 10.000 fr., traitement maximum, selon le temps d'exercice. Les agrégés ont 1750 fr.; les chefs de clinique (Profesores clinicos), 1.500 fr.; les sous-chefs (ayudantes), 1.000 fr.. Les Bibliothèques, laboratoires, etc. disposent de sommes variables assignées inscrites chaque année au budget du matériel scientifique.

L'enseignement clinique se fait dans les hôpitaux départementaux (provinciales), dont le personnel est religieux, sous la direction, soit d'un des conseillers départementaux (Diputado provincial), soit par un médecin nommé par le conseil. A Madrid, la Faculté possède un hôpital clinique indépendant, dirigé par le Doyen de la Faculté et les Professeurs de cliniques.

Le régime des aliénés varie selon les établissements (manicomios). Dans le manicome de Valence on suit le régime mixte. Mais l'enseignement officiel ne comprend pas la clinique mentale.

La Faculté de Valence possède un musée d'anatomie, sous la direction d'un Préparateur-Directeur, qui a sous ses ordres un aide-Préparateur-dissecteur, un sculpteur et un aide-sculpteur et dirige aussi le musée d'Histologie.

Un laboratoire de recherches biologiques, sous la surveillance du professeur de Physiologie et la direction immédiate des sous-chefs ayudantes), qui comprend deux sections : (vivisection et expérimentation; microscopie.)

L'autopsie de tous les cadavres de la clinique est faite par le chef des travaux anatomiques ou son aide, et presque toujours en présence du professeur de clinique. L'examen histologique est pratiqué dans le laboratoire de microscopie. Les pièces pathologiques sont préparées et conservées par le préparateur-directeur du Musée.

Il existe au cimetière, une chambre pour les autopsies des cadavres de la ville et pour les autopsies judiciaires.

La méthode de Lister est en usage à la clinique chirurgicale. A la clinique d'accouchements, les élèves sont appelés à tour de rôle pour les accouchements de jour et de nuit, mais pendant le jour ils peuvent rester par groupes de 5 à 8 dans la chambre des internes. Ceux-ci ont de très modestes émoluments (450 fr.).

M. le professeur Campa a depuis deux ans institué une policlinique pour les maladies des femmes et des enfants : et l'année dernière une clinique des maladies nerveuses.

Nous remercions M. le professeur Campa, doyen de la Faculté de Valence, qui a eu l'obligeance de nous adresser la plupart des renseignements qui précèdent.

M. Grèce.

La Grèce ne possède qu'une seule Université, celle d'Athènes. La Faculté de médecine fondée seulement en 1837 compte environ 500 étudiants en médecine; la durée des études médicales est de quatre ans. Le diplôme de docteur en médecine ne représente qu'un titre scientifique et ne confère pas le droit d'exercice; mais il est indispensable de posséder ce titre pour être admis à passer l'examen de licence, auquel on n'est admis qu'après avoir passé neuf mois à la clinique d'application (sorte de policlinique, nommée à Athènes asticlinique), où les docteurs sont tenus de visiter quiconque se présente. Il est question de créer une seconde université à Larina (Thessalie). Cet établissement étant indépendant des cliniques médicales et chirurgicales de l'hôpital d'Athènes, que les étudiants fréquentent pendant le cours de leurs études.

La Faculté se compose de professeurs ordinaires et extraordinaires et d'agrégés. Pour être agrégé, il faut soutenir une thèse spéciale devant toute la Faculté.

N. Turquie d'Europe.

Il existe à Constantinople un Collège Impérial de médecine, in-

(1) L'affiche de la Faculté de Madrid a soin d'indiquer aux étudiants les livres dont ils ont besoin pour les différents cours ci-dessus; on y voit cités les ouvrages de Sappey, Beaunis et Bouchard, Lancereaux (anat. pathol.), Chomel (pathol. gén.), Gubler (codex), Jaccoud, Laveran et Tessier, Dieulafoy (path. int.), etc., etc.

© BIU Santé

vesti du droit de délivrer des diplômes médicaux ; il use quelquefois de ce droit, mais il paraît surtout avoir pour mission d'enregistrer les diplômes étrangers que possèdent la plupart des médecins de Constantinople.

O. Russie.

L'empire russe possède huit Facultés de médecine : Moscou, Kazan, Kharcow, Kiew, Varsovie, Dorpat, Kelsingfors et l'Académie médico-chirurgicale militaire de Saint-Pétersbourg. La Faculté de Dorpat doit être classée, au point de vue scientifique, parmi les Facultés de langue allemande.

Le diplôme du médecin s'acquiert après cinq années d'études.

Nous citerons parmi les professeurs les noms de Botkin (clinique médicale), Merzejewscky (psychiatrie) à Saint-Pétersbourg ; ceux de Dragendorff (pharmacologie), Vogel (clinique médicale), Emminghaus (psychiatrie) à Dorpat ; Kowalewscky (psychiatrie) à Kharcow.

Suivant les règlements nouveaux publiés dans le « *Messeger officiel de Saint-Pétersbourg* », dans les numéros du 27 août et 5 septembre 1885, les médecins des Facultés étrangères, sans distinction de nationalités, qui voudront exercer en Russie, seront désormais obligés de produire « le diplôme de maturité » ou un diplôme équivalent avant de subir deux examens, l'un préliminaire, l'autre définitif. Le premier se compose des épreuves orales sur l'anatomie descriptive, l'histologie avec embryologie, physiologie, physique, chimie, pharmacie et pharmacognosie, zoologie avec anatomie comparée, botanique et minéralogie. Le second se divise en cinq parties. Le candidat doit passer cet examen dans le courant de six semaines, et chaque partie de cet examen dans l'espace de deux jours fixés d'avance par la Faculté. Voici en quoi consistent ces parties. *Première partie* : *a*) anatomie normale et pathologique (*épreuve orale et pratique*), *b*) histologie (*épreuve orale et pratique*), *c*) anatomie topographique et chirurgie opérative (*deux opérations sur un cadavre ; épreuve orale sur la topographie des parties opérées*). *Deuxième partie* : *a*) physiologie et pathologie générale (*épreuve orale*), *b*) chimie médicale (*épreuve orale et pratique*), *c*) pharmacologie, art des formules et eaux minérales (*épreuve orale et pratique*), *d*) pharmacie et pharmacognosie (*épreuve orale et pratique*). *Troisième partie* : Pathologie et thérapeutique (*systématique et clinique*) des maladies internes, mentales, des maladies des enfants, cutanées et syphilitiques (*épreuve orale et pratique sur deux malades de la clinique*). *Quatrième partie* : Pathologie et thérapeutique (*systématique et clinique*) des maladies chirurgicales, de l'ophtalmologie, de l'accouchement, des maladies des femmes (*épreuve orale et pratique sur deux malades de la clinique*). *Cinquième partie* : *a*) hygiène et police médicale (*épreuve orale et pratique*), *b*) médecine légale et toxicologique (*épreuve orale et pratique*), *c*) épizootologie et police vétérinaire (*épreuve orale*).

Concours des médecins russes. — A partir du 7 janvier 1886, il y aura à Saint-Pétersbourg, pendant cinq jours, un concours des médecins russes. Parmi les questions qui figurent dans son programme nous trouvons entre autres les suivantes : 1° Sur l'organisation des cours répétitoires pour les médecins-praticiens. 2° Sur les modes du concours pour les fonctions médicales dans les hôpitaux. 3° Sur les moyens à diminuer la propagation de la syphilis dans les villes et les campagnes. 4° Sur l'alimentation forcée des phthisiques. 5° Sur le traitement du choléra. 6° Sur le traitement de la diphtérie. 7° Sur les moyens à mettre les sages-femmes au courant de l'état actuel de la science, dans la matière du traitement des femmes accouchées et des nouveau-nés.

P. Roumanie.

Les diplômes médicaux sont délivrés en Roumanie par les Facultés de médecine de Bucharest et de Jassy, qui comptent un assez grand nombre d'étudiants ; les grades qu'elles confèrent donnent le droit d'exercer dans tout le pays. Elles exigent des candidats un certificat d'études préliminaires, un certificat d'études médicales, un examen portant sur toutes les branches des sciences médicales. Les Facultés possèdent plusieurs hôpitaux.

Q. Serbie.

La ville de Belgrade possède une Faculté de médecine et un hôpital pour l'enseignement de la Clinique ; la Faculté délivre des diplômes aux candidats qui ont présenté un certificat d'études préliminaires et un certificat d'assiduité à tous les cours de l'école, et qui subissent avec succès un examen portant sur tout l'ensemble des sciences médicales. — La Serbie est, croyons-nous, le seul pays d'Europe où la possession d'un diplôme médical français ou autrichien confère, *ipso facto*, le droit d'exercice. L'exercice de la pharmacie est réglementé : le nombre des officines est limité. Les pharmaciens ne peuvent délivrer de médicaments sans ordonnance, ni faire de la réclame dans les journaux en faveur d'un médicament.

R. Mexique.

Les lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine varient suivant que l'on passe de l'un à l'autre des Etats qui constituent la République mexicaine. Les Universités qui possèdent des Facultés de médecine sont celles de Mexico, de Guadalaxara (150 000 h.) de Oaxaca, de Campeachy, Zacatecas, de Puebla (une faculté de l'état et une école libre catholique), de Guanajuato (100 000 hab. Cette dernière n'est ouverte que du 29 janvier 1883 ; la durée des études y est de six ans (1).

S. Brésil.

Organisation des Facultés : Le Brésil possède deux Facultés de médecine : celle de Rio de Janeiro et celle Bahia. L'enseignement dans chaque Faculté se compose d'un Cours de sciences médicales auquel sont annexés un cours de pharmacie, un cours d'obstétrique et de gynécologie et un cours d'odontologie.

Les chaires du Cours de médecine sont communes à celles des cours annexes. Ces chaires sont au nombre de vingt-six, pour l'enseignement théorique et clinique ; les professeurs peuvent être suppléés par des professeurs-adjoints en nombre égal, analogues aux agrégés en France.

Nous ne croyons pas devoir nous étendre plus longuement cette année sur les Facultés du Brésil ; nous avons, l'année dernière, publié une longue correspondance de M. Poncy sur la Faculté de Rio de Janeiro, nous y renvoyons nos lecteurs (n° 45).

T. Colombie.

Dans la Colombie, il existe également, depuis 1806, une Université qui comprend quatre Ecoles, dont une de médecine. Cette Ecole est desservie par vingt-trois professeurs dont la plupart sont docteurs de la Faculté de Paris.

Le plan d'études est, à peu de chose près, le même qu'à la Faculté de Paris. Ainsi, l'Université de Colombie donne deux titres : *licencié* en médecine, et *docteur-médecin chirurgien*. Les études qu'il faut faire pour avoir le titre de licencié sont les mêmes que la Faculté de Paris exige pour donner le titre d'officier de santé. Pour pouvoir prendre des inscriptions pour le doctorat, il faut, de même qu'à Paris, avoir les deux diplômes de bachelier ès sciences (restreint) et de bachelier ès lettres.

Les études pour le doctorat se font en six années scolaires. L'Ecole dispose d'un laboratoire de chimie et d'une collection d'histoire naturelle assez complète. Les travaux pratiques de dissection, de médecine opératoire et d'anatomie pathologique se font assez bien. Les travaux pratiques d'histologie sont insuffisants.

Quant à l'enseignement clinique, il se fait dans un hôpital qui contient 300 lits pour les services de médecine et chirurgie, 40 lits pour les services d'accouchements et de gynécologie, et 50 lits pour les enfants malades. Il y a un professeur pour chacun de ces services. Le nombre moyen d'élèves qui suivent les cours monte à environ 150. En général, le niveau des études médicales est assez élevé, vu les ressources du pays. On s'accorde à déclarer que l'Université des Etats-Unis de Colombie est une des plus avancées parmi les Universités de l'Amérique du Sud, sauf peut-être celles du Brésil.

U. Chili.

Le Chili ne possède qu'une seule Université, celle de Santiago qui exige des candidats au grade de docteur en médecine (lequel confère le droit d'exercice) un examen préliminaire, et six années d'études, avec examens portant sur toutes les branches de l'art de guérir.

V. Pérou.

L'Université de Lima, qui, seule, délivre des diplômes médicaux, confère le grade de licencié et celui de docteur : ce dernier titre est purement honorifique, et tout licencié peut l'obtenir. La durée des études est de sept ans ; les examens sont au nombre de cinq. Le gouvernement a, l'année dernière, institué une commission chargée de rédiger un projet de réforme de l'enseignement médical.

X. Venezuela.

On y trouve deux Universités, celle de Caracas et celle de Merida. Leurs programmes et leurs règlements sont presque identiques à ceux de l'Université de Lima.

Y. Uruguay.

La Faculté de médecine de la république de l'Uruguay a été fondée en 1876 à Montévideo.

Les chaires, de plus en plus fréquentées, sont données au concours, auquel ont droit de prendre part les docteurs en médecine de tous les pays. Les cours sont divisés de la manière suivante :

1re année (9 mois de cours). — Histoire naturelle, physique et chimie médicales, anatomie descriptive et dissection.

2me année. — Anatomie descriptive et topographique, dissection, physiologie, hygiène, pathologie générale, anatomie pathologique.

(1) Nous avons donné dans le n° du 7 avril 1883 du *Progrès médical* le programme complet des études de cette Faculté.

© BIU Santé

3me année. — Pathologie interne et externe, matière médicale et thérapeutique. Cliniques interne et externe.

4me année. — Médecine légale et toxicologie. Cliniques médicale et chirurgicale. Médecine opératoire, appareils et bandages.

5me année. — Accouchements et maladies de femmes. Cliniques médicale et chirurgicale.

Les examens partiels ont lieu à la fin de l'année. Il faut, pour être reçu docteur, passer, en outre, un examen général de toutes les matières qui ont fait l'objet des examens partiels, et soutenir une thèse pour un sujet choisi par le candidat.

Les auteurs, les plus généralement suivis par les élèves, sont les professeurs de la Faculté de Paris.

Le nombre de sujets pour l'anatomie et les opérations est plus que suffisant, car un décret du ministère, met à la disposition de la Faculté les cadavres de tous ceux qui, étant morts à l'hôpital, ne sont pas réclamés, par les parents ou amis, dans les 4 heures qui suivent le décès (1).

W. République Argentine.

La République argentine possède deux Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes de docteur (2). Ce sont les Universités de *Buenos-Aires* et *Cardova*. Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de la République s'il n'a passé l'examen de doctorat. Tout étudiant, pour entrer à l'école et se faire inscrire sur les registres de la Faculté, doit présenter son diplôme de bachelier et avoir l'âge de seize ans. La présence aux cours et aux cliniques est obligatoire pour tous les étudiants. Ceux qui, dans le cours de l'année, ont manqué trente fois aux appels du professeur, ne peuvent passer leur examen. Cependant la Faculté fait exception pour les matières de première et de seconde année. La durée des études médicales est de six années, réparties de la manière suivante. Première année : anatomie descriptive et dissection, Dr Catan; histologie, Dr Tamini. 2e année : pathologie générale, Dr J. Baca; physiologie, Dr J.-M. Astegueta; histologie pratique, Dr Tamini; anatomie topographique et dissection, Dr Catan. 3e année : matière médicale et thérapeutique, Dr A. Mattos; hygiène, Dr Crespo. 4e année : pathologie externe, Dr L. Montes de Oca; médecine opératoire, Dr Novaro; clinique des maladies des femmes, Dr Pinto. 5e année : clinique ophthalmologique, Dr Aguirre; clinique chirurgicale, Dr Pirovano; pathologie médicale, Dr Araur; accouchements (premier cours), Dr Pardo; clinique médicale, Dr Peralta. 6e année : clinique des maladies des enfants, Dr Blancas; toxicologie, Dr Wilde; clinique médicale (deuxième cours), Dr Peralta; clinique d'accouchements, deuxième cours, Dr Pardo. Les cours de pharmacie comprennent la pharmacie pratique et la chimie pharmaceutique.

Les cours ont lieu du 1er mars au 31 octobre. L'examen général est divisé en trois parties : la première partie comprend les matières de 1re et 2e année; la seconde, celles de 3e et 4e année, et la troisième celles de 5e et 6e année. Comme complément à l'examen général, il faut exécuter une préparation anatomique et faire une épreuve de physiologie expérimentale. Le diplôme de docteur est obtenu après la présentation d'une thèse. La Faculté comprend deux ordres de professeurs : les titulaires et les agrégés. Les premiers sont nommés par le gouvernement et choisis d'après une liste présentée par la Faculté; ils sont nommés à vie et touchent 12.000 francs d'appointements par an. Les agrégés sont nommés par la Faculté. L'enseignement clinique a lieu dans l'hôpital des *Cliniques* qui a été donné par le gouvernement à la Faculté; celle-ci en a la direction. Cet hôpital, bâti en 1880, est composé de cinq pavillons, séparés par des jardins. Chaque pavillon comprend un rez-de-chaussée et un premier étage. Les salles contiennent trente lits, un cabinet pour le professeur, un amphithéâtre de cours et les cabinets de consultation complètent ces pavillons. Les malades sont ainsi répartis dans les diverses cliniques : 1° les cliniques médicale, ophthalmologique, chirurgicale, des maladies syphilitiques et cutanées, possèdent chacune soixante lits; 2° les cliniques de maladies des enfants, de maladies des femmes, trente lits. La clinique des maladies mentales siège à l'hôpital de *las Mercedes*. La clinique d'accouchements est installée provisoirement à l'hôpital de *Mugeres*, en attendant l'achèvement du pavillon destiné à la maternité, lequel sera bientôt inauguré à la nouvelle Faculté. Tous les services cliniques sont pourvus d'une collection complète d'instruments. La méthode de Lister est suivie dans toute sa rigueur. Le service médical est fait par le professeur, accompagné d'un chef de clinique et de deux internes. Les chefs de cliniques et les internes sont nommés par la Faculté et choisis parmi les étudiants qui ont obtenu les meilleures notes. Le personnel administratif est laïque et placé sous la direction d'un docteur en médecine, tandis que les soins à donner aux malades sont confiés à des religieuses. L'enseignement pratique est donné dans les laboratoires de physiologie, d'histologie, d'anatomie pathologique, de bactériologie et dans l'amphithéâtre d'anatomie. Le personnel enseignant se compose du professeur, du directeur des travaux, docteur en médecine, et de trois adjoints, pour chaque laboratoire. Les laboratoires sont pourvus des instruments et réactifs chimiques nécessaires; le tout est mis *gratuitement* à la disposition des élèves pour leur instruction et pour les recherches scientifiques. Le directeur du laboratoire d'anatomie pathologique est chargé du service des autopsies. Elles sont faites sous sa direction immédiate, par les étudiants de quatrième année. Les exercices de dissection pour les étudiants de première et seconde année ont lieu tous les jours, de une heure à quatre heures. Les cours pratiques de médecine légale ont lieu deux fois par semaine. Dernièrement on a inauguré le laboratoire de bactériologie qui porte le nom d'*Institut Pasteur* pour rendre un juste hommage au savant illustre qui a immortalisé son nom par ses grandes découvertes. Cet institut servira d'école à l'enseignement et sera destiné en même temps au traitement de la rage. Dans ce laboratoire, on a déjà traité trois enfants mordus par un chien enragé; le virus employé dans ces inoculations provient d'un lapin du laboratoire de M. Pasteur, qui fut apporté à *Buenos-Aires* par le Dr Davel. C'est ainsi que *Buenos-Aires* a été la première ville de l'Amérique du Sud qui a mis en pratique le système du savant Français. La Faculté de *Cordova*, inaugurée en 1878, a la même organisation que celle de *Buenos-Aires*. La durée de l'enseignement est de six années. Les matières enseignées sont les suivantes : chimie pharmaceutique, Dr Delaperrière; anatomie descriptive et topographique, Dr Gomes; histologie, Dr Barras; dissection, Dr Pape; physiologie, Dr Smit; pathologie générale, Dr Moyano; matière médicale et thérapeutique, Dr Cádenas; hygiène, Dr Alvares; anatomie pathologique, Dr Mesa; pathologie chirurgicale, Dr Lopes; clinique d'accouchements et maladies de femmes, Dr Rossi; médecine opératoire, Dr Piccisnini; clinique ophthalmologique, Dr Smit; clinique médicale, Dr Ortis; clinique chirurgicale, Dr Smit; clinique des maladies des enfants, Dr A Ortis; médecine légale, Dr Massé. Pour l'enseignement pratique, la Faculté possède des laboratoires d'histologie, physiologie, anatomie pathologique et un amphithéâtre de dissection. La Faculté de *Buenos-Aires* compte environ 400 étudiants, celle de *Cordova* 150.

AA. Etats-Unis d'Amérique.

Les écoles médicales sont libres aux États-Unis. Les divers Etats ne prennent nul souci de l'Enseignement supérieur. L'initiative individuelle bâtit des écoles et se charge à elle seule de faire des médecins, des avocats, des ingénieurs, etc. L'Etat n'intervient que pour inscrire, sur les registres officiels, les diplômes qui lui sont présentés. L'Administration ne se refuse jamais à cette formalité; néanmoins depuis quelques années, certains *conseils de santé* (Boardy of health) se montrent assez sévères pour certains diplômes, obtenus d'une façon un peu trop irrégulière. Les étudiants abandonnés par l'Etat, sont attirés par une foule d'écoles médicales libres; il y en a au moins une dans chaque ville principale des Etats Unis. Les plus grandes villes, telles que New-York, Philadelphie, Boston, Chicago, San Francisco, possèdent chacune trois ou quatre écoles, sans parler des écoles *homœpathiques*, des écoles *éclectiques*, des écoles de *femmes*.

Ces écoles sont généralement annexées à un hôpital qui fournit un matériel suffisant pour la clinique. On y enseigne l'anatomie, la physiologie, l'anatomie pathologique, la chimie médicale et une foule de spécialités et de sciences accessoires. Le programme semble donc des plus complets; mais ce n'est là qu'un mirage, et, en dépit des apparences, l'organisation de ces écoles est encore fort rudimentaire.

Les étudiants américains sont toujours pressés d'acquérir leur brevet; il n'entendent pas traîner sur les bancs; ils font le budget exact de leur temps et de leur argent et ils s'adressent à l'Ecole qui ménagera le mieux leurs efforts. Les études durent trois ans; les épreuves d'admissibilité sont nulles, où elles se réduisent à une sorte de certificat de grammaire; les examens de sortie ne présentent que peu de garantie; le prix des études est d'environ quinze cents francs pour les trois années régulières. Si on voulait se montrer plus exigeant, les étudiants auraient vite fait d'abandonner des maîtres trop sévères pour se rendre à l'école rivale. Tel est le résultat d'une concurrence excessive et du désintéressement complet de l'Etat; les écoles libres, obligées de payer leurs dépenses avec les rétributions des élèves, sont obligées pour ainsi dire de rabaisser l'enseignement, et à cette condition elles obtiennent l'inscription d'un nombre suffisant d'étudiants, pour assurer le fonctionnement de l'école.

Nous devons mentionner néanmoins un certain nombre des mesures qui sont de nature à relever les études médicales aux Etats-Unis. D'abord la plupart des Ecoles ont décidé d'ajouter une *quatrième année* au cycle scolaire; il est vrai que cette quatrième année est facultative et que les étudiants ne s'empressent guère d'en profiter. Mais

(1) Nous remercions le Dr de Saltorain, secrétaire de cette Faculté, à qui nous sommes redevables de ces renseignements.

(2) Nous devons ces renseignements à M. le Dr Carlos Madariaga, attaché à la légation argentine en France.

© BIU Santé

elle deviendra obligatoire dans certaines écoles, telles que l'école de John Hopkin à Baltimore, qui jouit de revenus considérables, qui compte des professeurs éminents et qui n'a pas besoin de la rétribution des étudiants, pour vivre et prospérer. D'autres réformateurs se sont proposés d'élever le niveau des études médicales en rendant les épreuves d'admissibilité à l'école, plus difficiles ; c'est ainsi que l'on commence à exiger le latin, à l'entrée de l'école, ou bien la connaissance des sciences naturelles. M. Pepper, le médecin bien connu de Philadelphie, a eu l'heureuse idée de combler cette lacune dans les connaissances générales, de la façon suivante. Il a institué des cours de sciences naturelles, d'algèbre, de littérature, et les étudiants qui les fréquentent reçoivent un brevet spécial, dont ils se prévaudront dans leur carrière future. Les professeurs rivalisent de zèle avec les élèves, pour que les trois années passées à l'école soient aussi fructueuses que possible. La journée de l'étudiant est bien réglée et bien remplie ; des répétiteurs nombreux entraînent les élèves et leur rendent la tâche bien facile. Dans certaines écoles, les étudiants trouvent un repas convenable dans l'établissement scolaire lui-même, et l'on s'arrange pour qu'ils soient logés en ville dans des conditions d'économie suffisante. Une fois munis de leur brevet, les nouveaux docteurs ne tournent pas le dos à l'école pour toujours ; ils y reviennent de temps à autre, lorsqu'ils le peuvent, et ils suivent pendant six semaines des cours qui sont organisés spécialement pour eux et qui ont pour but d'élargir le cadre si restreint de leurs connaissances. Ces cours pour les *post-graduates* sont imités de ce qui se pratique dans les universités d'Allemagne ; ils sont très utiles et nous n'avons qu'un regret, c'est que l'on ne trouve pas de cours analogues en France.

Enfin, il n'est pas un seul médecin américain qui ne rêve un voyage en Europe, pour y voir de près les grands maîtres, les Lister, les Lawson Tait, les Charcot, les Pasteur, les Koch, les Schrœder, les Billroth, et il en est bien peu, parmi eux, qui ne réalise ce rêve tôt ou tard, dans sa carrière médicale. La plupart exécutent ce voyage, dès qu'ils sortent de l'école, et ils viennent en Europe se fixer, pour six mois ou un an, dans une ville universitaire. Nous avons le regret de constater que Paris n'est plus le rendez vous favori de nos confrères d'outre-mer ; c'est à Vienne qu'ils vont pour la plupart ; ils trouvent dans cette ville, une vie facile, un matériel énorme d'enseignement concentré dans un seul établissement, l'hôpital général ; et par-dessus tout ils profitent d'un enseignement très pratique, très-vivant, donné dans les policliniques, dans les dispensaires nombreux, dirigés par des spécialistes éminents.

En résumé l'organisation des études médicales aux Etats-Unis est bien imparfaite et bien rudimentaire ; néanmoins tout n'est pas à dédaigner et à critiquer dans cet ensemble, et nous retiendrons comme digne d'être imitées, certaines pratiques, telles que la distribution si méthodique de la journée de l'étudiant, les répétions hebdomadaires, dirigées par les professeurs suppléants et les cours de six semaines, professés pour les docteurs, désireux d'arrondir leur bagage scientifique.

Les institutions où l'on enseigne la médecine sont extrêmement nombreuses aux Etats-Unis ; il n'est guère d'Etat qui n'en possède au moins une, et la liste que nous avons sous les yeux, et que nous renonçons à reproduire, n'en contient pas moins de 89. Parmi ces établissements, les uns sont des collèges ou des écoles de médecine ; d'autres sont constitués par la section médicale des universités ; l'origine de quelques-unes est fort ancienne : l'Université de Pensylvanie a été fondée en 1768 ; le collège des médecins et chirurgiens de New-York remonte à 1769 ; enfin l'Université de Harward, fondée en 1783, célébrait son centenaire avec un grand éclat il y a tout juste un an (17 octobre 1883). Nous ne pouvons songer à donner des renseignements, même sommaires, sur des universités aussi nombreuses, aussi disparates entre elles, et nous devons nous borner à quelques détails sur les principaux centres d'enseignement médical.

L'Université de Pensylvanie, bien pourvue de laboratoires, délivre le diplôme de docteur en médecine aux candidats qui sont âgés de 21 ans au moins, qui sont de bonne vie et mœurs, qui ont suivi les cours de médecine pendant trois ans au moins, composé une thèse et subi leurs examens avec succès ; elle compte parmi ses professeurs MM. W. Pepper, R. Penrose, Alfred Stillé, Hayes Agnew, W. Goodell, Horatio Wood, John Ashurt jun., L. Duhring, etc.

L'Université de Harvard (Boston), l'une des plus importantes des Etats-Unis, exige depuis deux ans de ses candidats, avant toute immatriculation, un certificat d'études ou un examen préliminaire. La durée réglementaire des études est de trois ans, mais l'Université engage très vivement les étudiants à ne pas consacrer moins de quatre ans à leurs études. Les élèves sont divisés en classes suivant qu'ils sont plus ou moins avancés ; les candidats au diplôme doivent être âgés de 21 ans au moins, avoir étudié la médecine trois ans au moins, et de préférence quatre ans (le cours d'études est divisé en quatre années), avoir passé à l'école au moins une année sans interruption, avoir subi un examen écrit sur toutes les matières prescrites, et avoir présenté une thèse. Cette Université compte parmi ses professeurs MM. Ch. Eliot, Bowditch, Oliver Holmes, H. Bigelow, Cheever, R. Edes, J. Otis, A. Post, J.-J. Putnam, Chadwick, etc. Il faut signaler en outre à Boston le collège des médecins et des chirurgiens.

Le collège des médecins et chirurgiens de New-York également connu sous le nom de Faculté de médecine du collège de Columbia, ne comprend pas moins de dix cliniques, se rapportant à toutes les branches de l'art de guérir ; les cours, au nombre de deux à six par jour, y sont obligatoires ; la durée des études ne peut être inférieure à trois ans, et l'examen final est suivi de la présentation d'une thèse. Ce collège compte parmi ses professeurs MM. Dalton (physiologie), Alonzo Clark (médecine pratique), Gaillard Thomas (gynécologie clinique), Delafield (anatomie pathologique), A. Jacobi (maladies des enfants), F. Otis (clinique des maladies syphilitiques), E. C. Seguin (maladies du système nerveux), Lefferts (laryngoscopie).

L'Université de la ville de New-York possède aussi un personnel enseignant considérable, où figurent les noms de MM. A. Post, A. Loomis, Polk, Winters, etc. Les professeurs de clinique ont à leur disposition les hôpitaux de Bellevue et de la Charité, et les élèves sont admis à suivre ces cours gratuitement ; il y a en outre au collège huit cliniques par semaine et cinq cours par jour, ainsi que des exercices pratiques ; les dissections durent toute l'année et sont gratuites. Les examens de fin d'études sont au nombre de deux ; ils peuvent être subis séparément ou en même temps.

Le collège médical de Bellevue compte parmi ses professeurs MM. Isaac Taylor, Fordyce Barker, Austin Flint, Lewis A. Sayre, Austin Flint jun., J. Bryant, Beverley Robinson, H. Noyes, J. P. Gray, etc. Il faut signaler dans l'état de New-York, la modeste Université du Niagara, dont le siège est à Buffalo, et qui durant l'année scolaire 1883-1884 possédait treize étudiants.

Enfin, c'est ici le lieu de dire quelques mots d'une excellente institution fondée à New-York il n'y a guère plus de deux ans, et dont le plein succès a démontré l'utilité ; nous voulons parler du Post-Graduate medical School and Hospital. Cet établissement ne confère point de grades, et n'admet que des médecins déjà diplômés ; il est destiné à combler les lacunes que l'étudiant peut avoir laissé subsister, durant ses études scolaires, dans son instruction clinique générale ou spéciale ; il a pour but aussi, et ce n'est pas la moins utile des attributions qu'il s'est données, de familiariser les praticiens qui exercent déjà depuis un temps plus ou moins long avec les méthodes et les découvertes nouvelles, inconnues ou mal connues à l'époque de leurs études, et aussi de leur familiariser l'étude de telle ou telle branche spéciale de la médecine vers laquelle ils se seraient trouvés tardivement entraînés par le courant de leur pratique. Cette école dès aujourd'hui florissante est excellemment outillée en vue de l'enseignement qu'elle distribue ; elle compte parmi ses professeurs MM. James Little, William Hammond, F. Sturgis, E. Spitzka, E. Partridge, C. Dana, Ambrose Ranney, Mme Mary Putnam Jacobi, etc.

Le collège médical Jefferson, à Philadelphie, confère le grade de docteur en médecine aux candidats qui produisent un certificat de bonne vie et mœurs, qui sont âgés de 21 ans au moins, qui ont satisfait aux examens prescrits, et qui ont présenté une thèse de médecine composée et écrite par eux-mêmes. Ce collège ne délivre pas de diplômes honorifiques. Dans la liste de ses professeurs figurent les noms de MM. Roberts Bartholow, H. Chapman, J. M. Da Costa, W. H. Pancoast, T. Parvin etc.

La Faculté de médecine de l'Université de la Louisiane dispose, pour son enseignement clinique, de l'hôpital de la Charité, qui contient 700 lits de médecine, de chirurgie et d'accouchements. L'administration de l'hôpital nomme chaque année 12 élèves résidents, qui sont entretenus aux frais de l'établissement ; les vacances qui se produisent sont comblées par la voie du concours. Les candidats aux diplômes doivent être âgés de 21 ans, avoir trois ans d'études, avoir suivi régulièrement les cours pendant deux termes, et avoir subi l'examen d'une manière satisfaisante (1).

AB. Canada.

La puissance du Canada (Dominion of Canada) comprend sept provinces, dont quatre ne possèdent pas de corps enseignant la médecine, à savoir : Manitoba, Nouveau Brunswick, Ile du Prince Edouard et la Colombie Anglaise ; la 5e, la Nouvelle Ecosse, population 440,885, capitale Halifax, possède une Faculté de Médecine, le « *Halifax Medical College* » fondé en 1867. L'élève est tenu de suivre six mois de cours pendant trois ans consécutifs. La sixième province d'Ontario, population 1,913,460, nombre de médecins 1,700, possède six Ecoles de médecine, à savoir : La « *Toronto School of Medecine*, de Toronto, affiliée à l'Université de Toronto. Fondée en 1843 ; sessions annuelles de 6 mois. Exige quatre années d'études. — La « *Trinity medical School*, » de Toronto, affiliée à l'Université du collège de la Trinité et à l'Université de Toronto, fondée en 1850. Sessions annuelles de six mois. Exige 4 années d'é-

(1) Voir encore, pour plus de détails, les correspondances de M. Thaon sur *les écoles médicales des Etats-Unis*. (*Progrès médical*, 1884, nos 40, 43, etc.)

© BIU Santé

tudes. — Le « *Women's medical College* » (Homœopathe) de Toronto, fondée en 1883. Les femmes seules sont admises. — Le *College Royal* des médecins et chirurgiens, le Kingston, fondé en 1854. Sessions annuelles de 6 mois. Exige 3 ou 4 ans d'études; — Le « *Women's Medical College* » de Kingston. Fondé en 1883, n'admet que les femmes ; — Le *Département Médical* du Western University, fondé en 1882 à London. Sessions de 6 mois. Exige 3 ans d'études.

La Province de Québec, population 1,358,469, possède cinq facultés de médecine, dont une à Québec et quatre à Montréal. La Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec a été fondée en 1852. Sessions annuelles de *neuf mois*, avec examens trimestriels ; elle exige quatre années d'études et n'accorde le titre de docteur en médecine qu'à ceux qui ont obtenu à tous leurs examens une des notes bien ou très bien. La succursale de l'Université Laval à Montréal est soumise aux mêmes règlements que l'Université Laval à Québec. Fondée en 1878. — La Faculté de médecine de l'Université, Mac Gill, à Montréal, fondée en 1824. Session annuelle de six mois, obligatoire ; session d'été, facultative. Exige quatre années d'études. — L'École de médecine et de chirurgie de Montréal, fondée en 1843, affiliée à l'Université Victoria. Sessions de six mois, 4 années de cours. — Le Bishop's Collège de Montréal, fondé en 1870. Session de 6 mois, 4 années d'études.

En outre, chaque province possède son « Acte concernant la pratique de la médecine » et dans chaque province tous les médecins réunis forment un corps légalement constitué, connu sous le nom de « collège des médecins et chirurgiens de la Province de ... » Ce collège élit un bureau de représentants pour l'expédition des affaires. Ces collèges possèdent beaucoup de privilèges. Ce sont eux qui ont charge de faire appliquer la loi médicale, qui règlent la durée des cours dans les Ecoles, définissent les qualifications requises des aspirants à l'étude de la médecine, qui contrôlent les examens dans toutes les facultés de médecine et nul ne peut pratiquer la médecine sans être muni d'une licence du collège de la Province (1).

AC. Japon.

Au point de vue médical, comme à bien d'autres égards, le Japon est beaucoup plus avancé que la Chine ; la vieille médecine japonaise perd chaque jour du terrain, et ne comptera bientôt plus un seul adepte. Le Japon possède actuellement deux facultés de médecine, toutes deux à Tokio, et plusieurs écoles secondaires départementales. Il existe en plus une école libre chinoise.

Les deux facultés sont l'école japonaise, où l'enseignement se donne dans la langue du pays, et l'école allemande. Les programmes de ces deux écoles ne diffèrent que par quelques détails, toutefois les examens sont moins sévères dans la première et la durée des études y est plus courte (4 ans). La plupart des places gouvernementales sont réservées aux élèves qui sortent de l'école de langue allemande. Ceux-ci peuvent exercer aussitôt l'obtention de leur diplôme, mais les médecins de l'école japonaise doivent encore subir un examen d'Etat. Nous ne nous occuperons ici que du programme de l'école de langue allemande. Les élèves ne sont admis à la Faculté de médecine proprement dite qu'après avoir suivi quelques années un cours préparatoire où ils étudient le japonais et le chinois, l'allemand, les mathématiques, le latin dans ses rapports avec l'étymologie, l'histoire, la chimie, la physique, la botanique, etc. (les examens annuels sont éliminatoires). Les deux premières années sont consacrées aux sciences physiques et naturelles, à l'étude de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie (cours théoriques et pratiques).

Pendant les trois dernières années, l'étudiant suit les cours de pathologie interne et externe, de matière médicale et de toxicologie, d'anatomie pathologique, les cliniques ophthalmologique, gynécologique, mentale, la policlinique, etc. ; il subit des examens semestriels, et à la fin de ses études un examen définitif qui a beaucoup de rapports avec l'examen d'Etat allemand ; les épreuves cliniques (médicale, chirurgicale, obstétricale, ophthalmologique) consistent à suivre un malade pendant plusieurs jours sous les yeux du jury, et à en rédiger l'observation, etc.

L'hôpital et les bâtiments universitaires sont réunis dans l'enceinte d'une vaste propriété ; les étudiants peuvent y être logés gratuitement sur leur demande. Tokio possède aussi une école de pharmacie.

Il ne s'en faut pas de beaucoup que les études médicales japonaises soient égales à celles de la plupart des écoles d'Europe, et l'on peut, en tout cas, être assuré qu'elles ne tarderont pas à l'être. Nous signalerons à ceux de nos lecteurs qu'intéresse le développement de l'enseignement et de l'étude de la médecine au Japon, le très intéressant article de Ch. Rémy, auquel nous avons emprunté les quelques détails qui précèdent. — (*Revue scientifique*, n° du 6 octobre 1883.)

(1) Nous devons tous les renseignements relatifs aux Universités du Canada à la bienveillance de notre distingué confrère M. le Dr Lamarche, rédacteur en chef de l'*Union médicale du Canada*. (Voir aussi page 967.)

AD. Chine.

Il existe à Pékin un collège impérial de médecine (115 membres : 15 médecins impériaux, 39 praticiens, 40 docteurs et 30 aspirants) et un Conseil supérieur de santé. L'académie de médecine ferait, selon Pauthier, passer des examens et délivrerait des diplômes, mais elle paraît avoir surtout pour mission de recruter et de former des médecins pour le souverain et son entourage, ainsi que de conserver dans toute leur pureté les dogmes de la médecine chinoise ; le second est chargé de surveiller les praticiens subalternes et de veiller également à ce qu'ils ne s'écartent pas des préceptes doctrinaires. L'anatomie n'est pas enseignée en Chine, aucune dissection ne pouvant être faite ; toutefois, l'introduction dans le collège impérial lui-même de quelques traductions d'ouvrages étrangers d'anatomie et de pathologie, commence à modifier un peu les idées des médecins chinois les plus intelligents. La médecine légale est très en honneur en Chine, mais elle se borne aux constatations extérieures. Les étudiants s'attachent à un praticien célèbre pendant un certain temps avant de pratiquer eux-mêmes. Leur principale étude est celle du pouls ; ils emploient aussi les scarifications, les moxas, l'acupuncture, etc. La médecine paraît être entrée dans une période de décadence qui date déjà de quelques mille ans (1). — Au Thibet et en Tartarie, il n'y a aucun enseignement médical ; la médecine est exercée par les prêtres, sans études préalables, et uniquement en vertu de leur caractère sacerdotal.

La Chine possède depuis longtemps des asiles, entre autres des hospices pour les orphelins et les enfants assistés. Les sommes allouées par l'Etat au budget de l'Assistance publique s'élevaient en 1810 à 10 millions.

Le nombre des praticiens est considérable, mais tous, sans exception, sont des empiriques sans instruction : il n'existe aucun hôpital d'enseignement : dans la pratique privée, si la première ou la seconde prescription n'est pas suivie de guérison immédiate, le médecin est remplacé par un autre ; ainsi un malade atteint de pneumonie ou de fièvre typhoïde par exemple, passe entre les mains de 8 à 10 médecins. Les médecins Chinois font de la polypharmacie à outrance. L'auscultation, la thermométrie, etc., sont absolument inconnues en Chine. Au sujet du pouls, il existe les théories les plus fantastiques ; on pense qu'un médecin peut, par l'examen de celui-ci, diagnostiquer la grossesse à toutes ses périodes et dire avec certitude quel est le sexe du fœtus et si la grossesse est simple ou multiple. La chirurgie n'existe pas. Anévrysmes, abcès, arthrites, etc., sont traitées par l'acupuncture. On chauffe l'extrémité libre des aiguilles jusqu'à ce que les cris du malade annoncent au médecin qu'il a atteint la limite extrême de la souffrance (Les Chinois ne connaissent pas l'anesthésie générale) ; souvent les médecins étrangers ont l'occasion de hâter des arthrites purulentes causées par cette thérapeutique singulière. La gynécologie est entre les mains des vieilles femmes. En cas de dystocie, elles se succèdent les unes aux autres, tirant sur les parties du fœtus qu'elles peuvent atteindre. Rarement on appelle dans ces cas un médecin : celui-ci, d'ailleurs, ne peut voir la malade, il ordonne des combinaisons variées de drogues à l'intérieur ou à l'extérieur, ou des incantations pratiquées en vue de chasser les mauvais esprits qui s'opposent à la sortie de l'enfant. Les autopsies ne sont jamais pratiquées. Le médecin chinois ne pouvant disséquer, n'a aucune connaissance de la position exacte des organes internes. Il sait comme le vulgaire, parce qu'il voit chez les bouchers, que les animaux ont un cœur, une rate, etc. (2).

VARIA

L'enseignement de la Faculté de médecine de Paris apprécié par le *The New-York medical Journal*.

En ce qui concerne la question des études médicales en Europe, on peut faire remarquer tout d'abord qu'elles sont comparativement *peu coûteuses* à Paris. A Londres, on vous fait payer environ 36 dollars (180 francs) par trimestre, à l'hôpital Guy ou à tout autre hôpital. S'il est vrai, d'une part, que vous serez bien reçu en vous faisant connaître sur présentation de votre carte, il est également vrai qu'il vous faudra payer, si vous désirez vraiment travailler, étudier les cas vous-même et ob-

(1) Consulter G. Pauthier : *La médecine, la chirurgie et les établissements d'assistance publique en Chine* ; Paris, 1860 ; — Milne : *La vie réelle en Chine*. Paris 1858 ; — Dabry : *La médecine chez les Chinois*, in-8, Paris, 1863 ; — Lepage, *Recherches sur la médecine des Chinois*. Paris, 1813 ; Dr Meyners d'Estrey : *L'art medical en Chine*, etc. Voir aussi *le choléra d'après la médecine chinoise*, — *la médecine en Chine*, par Tch ..-k.-T... (*Progrès médical*, n° 37, 12 septembre 1885, p. 205 et 206).

(2) Nous devons ces derniers renseignements à l'obligeance de M. Jamieson, médecin sanitaire anglais à Sanghai.

© BIU Santé

tenir une expérience générale. L'Allemagne et l'Autriche attirent ensuite notre attention. C'est peut-être moins coûteux qu'à Londres, mais encore faut-il payer. Il y a cent et une petites cliniques à Vienne, très centrales et plus ou moins intéressantes, où l'on pourrait acquérir pas mal de connaissances à peu de frais; mais si l'on en suit plusieurs cela revient assez cher par trimestre.

Arrivons maintenant aux avantages de Paris pour les études médicales. Ici tout ce qui est officiel est absolument libre; toute personne, étudiant en médecine ou non, peut suivre les cours de l'Ecole, à Paris, gratuitement; il en est de même de toutes les autres Facultés de médecine en France.

Cela est également vrai pour tous les hôpitaux et leurs nombreuses cliniques, faites par les meilleurs professeurs; elles sont aussi libres à tous ceux qui veulent y assister. Les salles des hôpitaux sont aussi ouvertes à ceux qui veulent suivre le médecin dans sa visite du matin et tous les malades peuvent être interrogés par n'importe qui avant ou après le médecin ou chirurgien en chef, selon le cas. En théorie, l'on est censé avoir une carte d'entrée ou être étudiant en médecine ou médecin étranger en visite, mais en pratique l'on ne pose pas de question et tous ceux qui veulent entrent et font ce qu'ils veulent. On peut ajouter aussi que l'aimable secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, M. Pupin, délivre de suite une carte d'entrée pour tel hôpital que l'on voudra, tel que la *Clinique d'accouchements* de la Faculté, à tout médecin étranger le lui demandant, et cela sans aucun débours.

Quant aux travaux de laboratoire et aux dissections, il suffira de s'adresser, avec sa carte, au très aimable doyen de la Faculté, M. Béclard, pour y être admis; la carte d'entrée aux travaux pratiques ne coûte que 8 dollars (40 francs) pour toute l'année. Ceci permet de disséquer pendant six mois autant de sujets que l'on désire, d'octobre en mars, chaque saison; ou bien cela vous permet d'assister aux cours de médecine opératoire, sous la direction de M. Farabeuf, où toutes les amputations et ligatures sont pratiquées sur le cadavre par chaque étudiant. La même carte laisse entrer aussi aux laboratoires de chimie, de physique, de botanique, de physiologie, où l'étudiant fait des manipulations, tout le matériel étant fourni par le gouvernement; de sorte que l'élève peut casser autant de cornues qu'il le veut, sans avoir à les payer (1).

Tout cela ne s'applique pas à ceux qui veulent obtenir le diplôme de Paris, mais ces études peuvent être entreprises indépendamment de ce but par tout médecin étranger. Quant à ceux qui désirent le diplôme français (seule qualification légale pour exercer sur le territoire français), c'est une toute autre affaire. Depuis plusieurs années le gouvernement français a cessé de délivrer des permis d'exercer sans examen. Ce que l'on appelait la licence a été aboli, grâce aux remontrances de nombreuses autorités médicales. L'on accordait cette licence d'habitude aux médecins étrangers; beaucoup d'Anglais et tous les Américains pratiquant ici l'avaient. Mais à présent, toutes les demandes sont renvoyées à la Faculté qui insiste pour faire passer tous les examens, au nombre de onze (suivant le nouveau régime en vigueur depuis quelques années). Ces examens se font en public devant un jury de trois professeurs.

Le premier examen est de botanique, zoologie, physique et chimie, et les autres sur les sujets usuels de médecine et de chirurgie comme en Amérique. Tous sont très difficiles; ils durent environ une heure et demie pour une série de trois ou quatre étudiants; chaque élève est interrogé environ cinq minutes par chaque professeur. Tout examen manqué renvoie l'élève à trois mois pendant lesquels il ne peut passer aucun examen.

La question des langues est une question intéressante au point de vue des études européennes et à ceux qui ne possèdent pas de langue étrangère, on peut recommander le français comme plus facile à apprendre que l'allemand; il ne faudrait pas en conclure que l'on puisse acquérir une connaissance suffisante d'une langue étrangère sans y consacrer deux heures par jour pendant six mois au moins, de préférence dans le pays où on le parle si l'on veut avoir l'accent. Cela n'empêchera pas les études médicales que l'on peut mener de front avec celles de la langue. Il faut admettre qu'en général les professeurs allemands savent plus d'anglais que les français, mais d'autre part souvent leurs explications, parfois hésitantes et faites en mauvais anglais, n'aident pas beaucoup l'étudiant qui n'est pas très familiarisé avec la question, de sorte que, après tout, il vaut mieux avoir les explications dans l'original.

Quant à ce que coûte la vie, on peut dire en général, et sans se tromper, d'après expérience personnelle, qu'elle n'est point bon marché nulle part en Europe, et pour en arriver aux chiffres il faudra 10 dollars (50 francs) par semaine pour bien faire dans n'importe quelle ville des pays cités. Une question secondaire, qui peut avoir son importance pour beaucoup, est celle du climat. Ici encore, Paris se compare favorablement aux autres villes; son climat est bien préférable aux brouillards de Londres, aux bourrasques de neige venant du nord-est et au froid de Vienne; en fait, le climat est doux, comparé aux rigueurs hivernales de New-York et de Philadelphie.

(1) Ceci n'est peut-être pas très exact; « qui casse les verres les paie, » même en France et à la Faculté de Paris. (*Réd.*)

CORRESPONDANCE

Conseil aux médecins et aux étudiants : Désinfection des mains.

Paris, le 29 octobre 1886.

Très honoré confrère,

Permettez-moi d'avoir recours à la publicité du *Progrès* pour faire connaître aux médecins un mode de désinfection des mains, qui peut rendre quelque service aux praticiens et aux anatomistes. Chacun sait qu'après certaines autopsies (péritonite puerpérale, fièvre typhoïde, etc.), certains touchers (cancer de l'utérus), les doigts restent imprégnés, pendant de longues heures, d'une odeur fétide, dont les lavages répétés ne peuvent qu'à grand'peine les débarrasser. En pareil cas, on se borne généralement à masquer une odeur par une autre (acide phénique, vinaigre, etc.). Il est cependant un procédé très simple et absolument inoffensif, pour enlever *instantanément* toute fétidité. C'est ce procédé, dont je fais usage depuis longtemps déjà dans mon service, que je désire porter à la connaissance de vos lecteurs. Il consiste dans l'emploi du permanganate de potasse et du bisulfite de soude. Primitivement j'employais, au lieu de bisulfite, l'acide chlorhydrique; mais le bisulfite est beaucoup plus efficace et plus facile à manier. La solution de permanganate, dont je fais habituellement usage, est titrée à 5 pour 1,000, mais on peut sans inconvénient employer des solutions beaucoup plus chargées. Maintes fois, j'ai employé des solutions à 5 pour 100. La solution de bisulfite est la solution du commerce, diluée au cinquième environ. Ici encore on peut sans inconvénient faire varier dans des limites très étendues, le titre de la liqueur. Voici maintenant la manière d'opérer. On commence par se nettoyer soigneusement au savon, pour enlever les matières grasses qui s'opposeraient au contact des antiseptiques. Ceci fait, on se lave les mains dans la solution de permanganate, en ayant soin de frotter. Au contact des mains, la solution se décompose et laisse sur la peau une couche brune très adhérente de peroxyde de manganèse. Suivant la concentration de la liqueur et le temps employé (deux minutes suffisent) la coloration brune varie d'intensité. Quand on juge la teinte suffisamment foncée, il suffit, pour l'enlever, de mettre quelques instants les mains dans la liqueur de bisulfite. La décoloration est immédiate et la désinfection absolue. Les doigts sentent alors un peu l'acide sulfureux; mais le moindre lavage à l'eau le fait disparaître aussitôt. Outre l'avantage qu'offre ce procédé d'enlever l'odeur répugnante qui s'attache aux doigts, après certain toucher, je crois qu'il pourrait rendre service aux chirurgiens et accoucheurs, dans le cas où une purification rigoureuse des mains semble nécessaire. Les deux substances employées sont, en effet, toutes deux des antiseptiques très énergiques, et, *à priori*, je serais tenté de croire la désinfection, par ce moyen, plus sûre que par le sublimé ou l'acide phénique. Je ne veux pas, du reste, faute d'expérience suffisante, insister sur ce point. Je me borne à garantir ce que

© BIU Santé

j'ai constaté, à savoir : l'innocuité absolue et l'efficacité de ce procédé pour désodoriser les mains souillées par des matières putrides. J'ajoute que les produits employés ne sont pas d'un prix très élevé et qu'il serait facile à l'administration, moyennant une dépense minime, de mettre les solutions nécessaires à la disposition des élèves chargés des autopsies dans les hôpitaux. — Votre bien dévoué confrère, Dr DANLOS.

médecin de l'hôpital Tenon.

P.-S. — Si quelque explication complémentaire vous paraît utile, je me tiens tout à votre disposition. D.

Faculté de médecine. (*Derniers renseignements.*)

Clinique nerveuse. — M. le Prof[r] CHARCOT a repris ses conférences cliniques depuis le mardi 15 octobre ; les leçons du lundi se prendront prochainement.

Cours de chimie médicale. M. le professeur GAUTIER commencera le cours de chimie médicale le jeudi 11 novembre 1886, à midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. M. Gautier traitera de la chimis organique (fonctions organiques — corps aromatiques — alcaloïdes naturels). — Une affiche ultérieure indiquera la date de l'ouverture du cours de chimie biologique, cours qui aura lieu le mardi à 2 heures (Petit Amphithéâtre).

BIBLIOTHÈQUE DES ENFANTS ASSISTÉS. — Cette bibliothèque fondée l'année dernière possède actuellement environ 80 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Jaccoud*. Il y a lieu d'espérer qu'une subvention annuelle figurera dès cette année sur le budget affecté aux bibliothèques médicales des hôpitaux. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs. Enfin les internes de l'hôpital versent une cotisation mensuelle de 2 fr. qui a permis l'acquisition de quelques ouvrages spéciaux aux maladies de l'enfance.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 8. — 2[e] *de Doctorat* (2[e] partie) : MM. Béclard, Gautier, Rémy. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Lannelongue, Kirmisson ; — (2[e] partie), 1[re] *Série* : MM. Potain, Hayem, Straus ; — 2[e] *Série* : MM. Charcot, Damaschino, Rendu.

MARDI 9. — 2[e] *de Doctorat*, oral, (1[re] partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Richelot. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Charité), 1[re] *Série* : MM. Pajot, Duplay, Humbert ; — 2[e] *Série* : MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes ; — (2[e] partie) : MM. Jaccoud, Proust, Hallopeau.

MERCREDI 10. — 1[er] *de Doctorat*. MM. Regnauld, Desplats, Guebhard. — 2[e] *de Doctorat* (2[e] partie) : MM. Béclard, Lannelongue, Ch. Richet. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Tarnier, Segond ; — (2[e] partie), 1[re] *Série* : MM. Charcot, Hayem, Straus ; — 2[e] *Série* : MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

JEUDI 11. — 2[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie), 1[re] *Série* : MM. Panas, Cornil, Campenon ; — 2[e] *Série* : MM. Le Fort, Mathias-Duval, Bouilly. — 2[e] *de Doctorat* (2[e] partie) : MM. Vulpian, Laboulbène, Quenu. — 3[e] *de Doctorat* (2[e] partie) : MM. Jaccoud, Peter, Hutinel. — 4[e] *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Joffroy.

VENDREDI 12. — 1[er] *de Doctorat* : MM. Regnauld, Desplats, Hanriot. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Charité) : MM Tarnier, Lannelongue, Segond ; — (2[e] partie) 1[re] *Série* : MM. Charcot, Potain, Rendu ; — 2[e] *Série* : MM. Hayem, Damaschino, A. Robin.

SAMEDI 13. — 2[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Hôtel-Dieu), 1[re] *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Campenon ; — 2[e] *Série* : MM. Panas, Laboulbène, Pinard. — 5[e] *de Doctorat* (2[e] partie) (Charité), 1[re] *Série* : MM. Peter, Ball, Troisier ; — 2[e] *Série* : MM. Jaccoud, Cornil, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 8. — M. Maison. Mobilisation et massage dans le traitement des fractures para articulaires. — M. Bayle. Des paralysies consécutives à l'infection morbilleuse. — *Mardi* 9. — M. Marcus. Contribution à l'étude clinique du Myxœdème. — M. Le Golleur. Quelques considérations sur la Pathologie des troupes à Tamatave (Madagascar) 1884-1885. — *Vendredi* 12. — M. Phocas. Etude clinique des rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein. — M. Liénard Contribution à l'étude de la dilatation du cœur droit chez les tuberculeux. — *Samedi* 13. — M. Boulle. Epidémie de dysenterie observée à Ninh-Binh. — M. Foucaud. De la compression ouatée dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.

Chronique des hôpitaux.

Nous recommencerons la *Chronique des hôpitaux*, dans le prochain numéro. Les renseignements donnés par cette chronique, les observations de la *Société anatomique*, que le *Progrès médical* publie *in extenso*, fournissent aux étudiants tous les éléments nécessaires pour faire de bonnes THÈSES DE DOCTORAT.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Consultation externe. Médecine* : MM. le Dr CHARCOT, le mardi à 9 heures 1/2 ; le Dr JOFFROY, le mercredi à 9 heures 1/2 ; le Dr FALRET, le lundi à 9 heures 1/2 ; le Dr VOISIN (Auguste), le vendredi à 9 heures 1/2 ; le Dr VOISIN (Jules), le samedi à 9 heures 1/2. — *Chirurgie* : M. le Dr TERRILLON, le jeudi à 9 heures 1/2. *Nota.* — La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Mardi, jeudi et samedi, de midi à 2 heures, Electrothérapie.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales.* — Le Dr MAGNAN reprendra, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques le dimanche 14 novembre 1886, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Après des considérations générales sur les diverses formes de la folie, les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur la manie et la mélancolie. Les élèves et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis sur la présentation de leur carte.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 octobre 1886 au samedi 30 oct. 1886, les naissances ont été au nombre de 1054 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 368 ; illégitimes, 149. Total, 517. — *Sexe féminin* : légitimes, 385; illégitimes, 152. Total, 537.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 oct. 1886 au samedi 30 oct. 1886, les décès ont été au nombre de 911, savoir : 500 hommes et 411 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 11, T. 23. Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 7, F. 6, T. 13. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 1, T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 10 F. 17, T. 27. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 1, F. 2, T. 3. — Infections puerpérales : 0. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 8, F. 15, T. 23. — Phthisie pulmonaire : M. 120, F. 70, T. 190. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 11, T. 21. — Autres affections générales : M. 30, F. 37, T. 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 28, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 17. T. 31. — Pneumonie : M. 22, F. 31, T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 00, F. 0, T. 00. — Athrepsie : M. 46, F. 32, T. 78. — Autres maladies des divers appareils : M. 151, F. 119, T. 270. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 26, F. 3, T. 29. — Causes non classées : M. 13, F. 9, T. 22.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39, illégitimes, 14. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 21 ; illégitimes, 9. Total : 30.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le nombre des exemplaires des thèses, dont le dépôt est obligatoire par le candidat, est fixé à 165, pour la durée de l'année scolaire 1886-87. Il est fixé à 130 exemplaires pour la Faculté de médecine des départements.

MM. X... et DESPLATS, agrégés libres près la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice, du 16 octobre au 15 novembre 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Les professeurs, les chargés de cours et agrégés en exercice de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille sont convoqués le lundi 22 novembre, à

© BIU Santé

l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Douai, en remplacement de M. Pilat, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Un congé d'inactivité, pendant l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande, à M. Delacourt, commis au secrétariat. — M. Hachet, maître répétiteur au lycée de Lille, est délégué dans les fonctions de commis au secrétariat, pendant la durée du congé accordé à M. Delacourt.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GAY est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE. — L'Association générale des dentistes de France a inauguré ces jours-ci, dans la salle des Fêtes de la mairie du 4e arrondissement, la reprise des cours professés à l'école et à l'hôpital dentaires de la rue Richer. A l'école dentaire, dont la création est due à l'initiative privée, 2.000 personnes ont reçu cette année des soins gratuits. De vastes salles, bien aérées, contiennent vingt-cinq fauteuils d'opération. 300 élèves venus de France et de l'étranger ont suivi régulièrement les cours de l'école depuis sa fondation en 1880. 120 ont obtenu le diplôme de fin d'études. Après une allocution de M. David, directeur de l'école, et une conférence du Dr Decaudin sur le Muséum, il a été procédé à la distribution des récompenses. Les élèves diplômés à la fin de l'année scolaire 1885-1886 sont au nombre de 19. Les élèves qui suivent actuellement les cours sont au nombre de 90.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le ministre de l'instruction publique de Berlin vient de prendre une décision en vertu de laquelle les femmes ne pourront être admises ni comme étudiantes ni comme auditrices, dans aucune des Universités prussiennes.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX. — La dernière question posée à l'épreuve orale d'anatomie a été : *Conformation extérieure du foie.*

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — La séance épreuve orale pour les engagés volontaires aura lieu le dimanche 7 novembre.

CHIRURGIENS DANS LES TRAINS DE VOYAGEURS. — Depuis quelque temps, chaque train-courrier et chaque train de voyageurs des chemins de fer de Varsovie-Vienne et de Varsovie-Bromberg part muni d'un wagon sanitaire spécial destiné aux voyageurs qui pourraient tomber malades en route. Un aide-chirurgien est attaché à ce se service. Chaque wagon sanitaire possède une petite pharmacie et deux excellents lits facilement transportables. (*Semaine médicale.*)

FEMMES MÉDECINS. — Dans sa séance du 21 octobre, l'assemblée professorale de l'Académie de médecine a répondu par l'affirmative à la question suivante, qui lui avait été posée par le Ministre de l'instruction publique : « Les femmes-médecins peuvent-elles être admises à l'examen du doctorat, et le diplôme de la femme-médecin correspond-il à celui qui est délivré à un homme » ?

La demande du Ministre était motivée par une requête d'une femme-médecin qui désirait être admise aux examens de doctorat. (*Semaine médicale.*)

HOPITAUX DE ROUEN. — Un concours pour l'internat en médecine dans les hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 16 décembre 1886 à l'hospice général. Le registre des inscriptions sera fermé 15 jours avant l'ouverture du concours.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours d'élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 20 décembre 1886, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour huit places d'élèves internes. Le lundi 27 décembre 1886, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour cinq places d'élèves externes. Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires. — *Epreuves du premier concours* : 1° Préparation anatomique ; 2° Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale) ; 3° Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite ; deux questions) ; 4° Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie ; 5° Trois questions dites de garde à traiter de vive voix : chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis). — *Epreuves du deuxième concours :* 1° Anatomie (ostéologie, miologie) (épreuve orale) ; 2° Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve orale) ; 3° Bandages et petite chirurgie. Après le rapport du jury d'examen la Commission administrative nommera les élèves. — Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1887. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1890 pour les internes, et au 31 décembre 1889 pour les externes. Les élèves internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux. Ils recevront un traitement de : La première année 360 fr. ; la deuxième année 420 fr. ; la troisième et la quatrième année 480 francs. Les étudiants en médecine étrangers à Marseille, qui viendront prendre part au concours de l'internat, recevront de plus une indemnité de voyage réglée comme suit : Les frais de voyage pour l'aller seront remboursés aux étudiants nommés élèves internes. Les frais de voyage pour l'aller et le retour, seront payés à l'étudiant étranger qui arrivera le premier après le nombre d'élèves nommés internes. Les élèves externes recevront un traitement de 300 fr. par an. Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la commission administrative, du règlement intérieur des hôpitaux, ainsi que de celui spécial au service de santé. Ils seront tenus en cas de nomination, de se conformer à toutes les dispositions des dits règlements en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées pour le bien du service. Tout élève, interne ou externe, qui se pourvoira pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé) sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève.

Nota : Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour huit places seulement, et celui de l'externat pour cinq places seulement, ce nombre pourra être plus élevé si la Commission le croit nécessaire.

LEGS JACQUEMIER. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de 20,000 fr., que le sieur Jacquemier a fait à cet établissement par son testament en date du 5 juillet 1877. Le revenu de cette somme, placée en rente 3 0/0 sur l'Etat français, devra être consacré à la fondation d'un prix triennal. Ledit prix portera le nom du testateur et sera décerné par l'Académie de médecine, en séance publique, à l'auteur d'un travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du cours.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr GOUGUENHEIM, médecin des hôpitaux de Paris, a été chargé par le ministre de l'instruction publique d'étudier, à l'Université de Vienne, l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — Les Drs A. FILLEAU et LÉON PETIT, viennent d'être envoyés en mission officielle par M. le Ministre du commerce, à l'effet d'étudier en Angleterre, en Irlande et en Ecosse les hôpitaux spécialement consacrés à ce traitement des phthisiques.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro du *Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la phtisie pulmonaire* rédigé par MM. A. Filleau et Léon Petit. Nous souhaitons le meilleur succès à cette nouvelle publication.

SERVICE DE SANTÉ. — Par décrets en date du 15 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : *Au grade de médecin aide-major de 1re classe :* M. Jeannel. — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe :* MM. les Drs Bernard, Menville, Nègres, Sanyas, Gibert, Layrac, Chavanette, Raynier, François, Laurent, Sales, Berguin, Durieux, Roquette, Delbreil, Giscaro, Albespy et Cabanes. — *Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe :* MM. les pharmaciens diplômés de 1re classe Charles, Mondon, Joulia, Comère, Merlat, Forgas, Degans et Jély-Guinard.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés médecins aide-major de 2e classe les élèves sortant cette année du Val-de-Grâce et dont les noms suivent. Ils sont placés suivant leur numéro de sortie : MM. Rioblanc, Munschina, Lalitte, Herr, Guibal, Galland, Marlier, Fargin, Félix Mitry, Pettier, Lorin Adriet, Rouffignac, Notin, Forestier, Thirion, Gury, Dieu, Doublet, Feuillade, Bergasse, Jobert, Manoha, Douillet, Delom-Sorbé, Villiers, Cherpitel, Alvernhe, Sabatier, Colle, Descubes, Chapard, Foubert, Lairac, Sebillon, Langle, Guillabert, Delarocheaulion, Monphons, Aubin, Rochehlave, Courcenet, Dalphin, Dicquemare, Cot, Gilbert, Chevalier, Darbouet, Puig, Creton, Bourdin, Pelegry, Routier, Delahousse, Barudel.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — *Séance du Lundi 8 Novembre* 1886, (à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés). — Ordre du jour : 1° Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à quatre places de membres titulaires. 2° Vote sur la candidature de M. Hoffman (de Vienne), au titre de membre correspondant étranger. 3° Note de M. le Dr Autefage (de Cahors), sur un cas d'angine causée par un traumatisme. 4° De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. Expériences par M. Valude. 5° Discussion sur le viol dans l'hypnotisme et les états analogues, à propos de la communication de M. le Dr Gilles de la Tourette.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MOREL (de Touques, Calvados), mort à 54 ans. — M. David DIVIN, externe des hôpitaux. — M. LOUIS, médecin à Livarot (Calvados), décédé à 71 ans. — M. le Dr FONTAINE (de Paris), qui avait inventé dernièrement une machine hydraulique destinée à produire de l'air comprimé. Cette machine avait été installée depuis quelque temps dans la cave de sa maison. Ces jours-ci, il voulut expérimenter son invention. Malheureusement, au moment où il resserrait l'écrou d'un levier, un autre levier de la machine s'est abattu sur sa poitrine et l'a tué sur le coup. — M. le Dr Honoré BOZONET, conseiller général de l'Ain, maire de Montrevel, mort à 71 ans, le 21 octobre 1886. — Un journal de Reims nous annonce la mort de M. le Dr DECÈS (Jean-B.-Louis), de Reims, qui est décédé à l'âge de 83 ans, le 1er octobre 1886. M. Decès était vice président du conseil d'hygiène, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Reims, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris. Ce fut surtout un praticien et des plus distingués; cependant on lui doit : un *Traité des cicatrices vicieuses* (Société de chirurgie et Académie de médecine); — *Sur un nouveau procédé de trachéotomie ou de la trachéotomie sous-cricoïdienne ; — De la suture médiate ; — Rapports au conseil d'hygiène sur l'état actuel des lieux d'aisances de l'Hôtel-Dieu et des améliorations à y introduire* (1870); — *Biographie du professeur Duquesnelle* (de Reims) (lecture à l'Académie de Reims); — *Science et Vérité*; — *Art médical* (non terminé). Il soutint en 1829 sa thèse de doctorat intitulée : *Recherches sur quelques points d'anatomie, physiologie et médecine opératoire* (*Union médicale et scientifique du Nord-Est*). — M. le Dr PATUREAU (de Châteauroux). — M. le Dr SAINT (d'Evreux) qui vient de succomber à un empoisonnement par les champignons. — M. CAUVY, professeur honoraire à l'Ecole de pharmacie de Montpellier, mort à l'âge de 81 ans. D'abord industriel, il fut ensuite le préparateur du célèbre Balard à la Faculté des sciences de cette ville avant d'avoir passé un baccalauréat quelconque. Il ne conquit ses grades universitaires que plus tard pour entrer à l'Ecole de pharmacie comme professeur-adjoint de physique. Elevé de l'industrie vers la science, il a toujours dirigé par ses travaux la science vers l'industrie. On lui doit un travail sur la *Muscardine des vers à soie*, des études sur le *plâtrage des vins*, le *traitement des vignes phylloxérées*. Pour plus de détails, voir *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* (30 octobre 1886). — M. le Dr FOISSAC (de Paris), ancien membre du conseil de surveillance et ancien rédacteur de l'*Union médicale*. — M. Louis MIALHE, pharmacien à Paris, membre de l'Académie de médecine depuis 1887, né à Vabre (Tarn) en 1807. Il fut reçu pharmacien en 1836, docteur en médecine en 1838 et agrégé à la Faculté de médecine en 1839. Parmi ses travaux, communiqués surtout à l'Académie de Médecine et à l'Académie des sciences, nous citerons : *Recherches sur les mercuriaux* (1842) ; *Recherches thérapeutiques et toxicologiques sur les préparation de plomb* (1842); *Nouvelle théorie du diabète* (1844) ; *Traité de l'art de formuler* (1845); *Déjection et assimilation des matières albuminoïdes* (1846) ; *Rôle de l'oxygène dans l'économie animale* (1850) ; *Chimie appliquée à la physiologie et la thérapeutique* (1855).— *Coup d'œil sur le passé et l'avenir de la pharmacie et de la thérapeutique* (1873), etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

CHUQUET (A.). — **Les médecins italiens et la condotta médicale**. Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . 40 c.

GRASSET. — **Du tabes combiné** (ataxo-spasmodique) **ou sclérose postéro-latérale de la moelle** (Contribution à l'étude clinique des myélites mixtes). Br. in-8 de 60 pages.—Pr, : 2 fr.—Pour nos abonnés. 1 fr. 35.

FÉRÉ (Ch.). — **La médecine d'imagination**. Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c

FÉRÉ (Ch.). — **De l'asymétrie chromatique de l'iris, considérée comme stigmate névropathique** (stigmate indien). Brochure in-8 de 10 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 c.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

HERZEN (A.) Les trois phases successives du retour à la conscience après une syncope. Brochure in-8° de 32 pages. Extrait des *Bulletins de la Société de psychologie physiologique*, 1886.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

GUERMONPREZ. Kystes des doigts. Brochure in-8° de 35 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St.-Germain.

ROBIN (A.) et JUHEL-RENOY. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. Volume in-8° de 543 pages. — Prix : 8 fr.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

VARNIER (H.) et PINARD. Hémorrhagies utérines : Etiologie, diagnostic, traitement. Un volume in-8° de 276 pages, avec 41 figures.

Voici comment M. le Dr JACCOUD, membre de l'Académie de Médecine, s'exprime sur la valeur des Eaux de Pougues, dans son Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, T. XII, p. 258 :

« Les eaux bicarbonatées calciques à minéralisation faible, à température peu élevée, sont moins actives que les bicarbonatées sodiques. L'acide carbonique rend ces eaux d'une digestion facile et elles doivent à leurs bases leurs propriétés sédatives. Comme exemple, nous citerons Pougues, vanté dans la dyspepsie gastralgique, le catarrhe vésical suraigu, etc. Disons cependant que l'arsenic constaté dans cette source par Bayard, et l'iode que Mialhe y a découvert en 1856, agents accessoires en apparence, ne sont peut-être pas étrangers à l'action sédative des EAUX DE POUGUES SAINT-LÉGER. »

AVIS. — OCCASION. — A VENDRE. — Un squelette entier complet, monté avec pied, 75 fr. — Une tête désarticulée, net 20 fr. — Une boîte d'os, têtes, etc. — Un microscope Nachet, complet avec préparations, net 100 fr. Chez M. Lefrançois, 9, rue Casimir-Delavigne, Paris (Odéon).

PRIME AUX ÉTUDIANTS

A TITRE DE PRIME, la maison DUBOIS donnera à tout lecteur du *Progrès médical* une boîte de scalpels, dont la valeur est de 15 francs, au prix de 9 francs.

21, rue Monsieur-le-Prince, 21.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *Pour MM. les Étudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **douze francs** *par an.*

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE MÉDICALE DU SYSTÈME NERVEUX, par Ch. FÉRÉ (Ad. Delahaye, Paris, 1886).

Le nom seul de l'auteur, un des élèves les plus justement distingués du professeur Charcot, donne un avant-goût de la valeur de ce livre. Ce sera le vade-mecum indispensable de tous ceux qui voudront parcourir soigneusement le domaine aujourd'hui si vaste de la nenropathologie. Un tel livre manquait et on n'a qu'à se réjouir qu'il soit sorti de l'Ecole de la Salpêtrière. (*Archives générales de médecine*, novembre 1886.)

L'ANNÉE MÉDICALE (huitième année, 1885), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr Bourneville (Ad. Plon, Paris, 1886).

Ce huitième volume n'est pas inférieur aux précédents « on y trouvera notamment un résumé complet des recherches de M. Pasteur qui fixent aujourd'hui si vivement l'attention » — (*Archives générale de médecine*, novembre 1886.)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 46. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 NOVEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Cas de mutisme hystérique chez l'homme ;

Leçon recueillie par M. le Dr GILLES DE LA TOURETTE (1).

Messieurs,

C'est pour les opposer l'un à l'autre que je vous présente deux malades dont l'affection respective comporte lun pronostic essentiellement opposé. Chez le premier, a guérison sera complète; elle est certaine, assurée; j'ajouterai que, suivant toute vraisemblance, elle surviendra brusquement, dans quelques jours, demain peut-être. Chez le second, au contraire, le verdict est le suivant : *Prognosis pessima*, *exitus lethalis*, et j'ajoute *properatus*; car il ne sera certainement pas sursis plus de trois à quatre mois à l'exécution de l'arrêt. C'est que ce dernier malade est sous le coup d'une lésion bulbaire organique, indélébile, à marche progressivement fatale, tandis que, chez l'autre, la lésion, vraisemblablement de siège cortical, est, en tout cas, d'ordre purement dynamique et de nature — l'expérience le démontre tous les jours — essentiellement transitoire.

Cependant, Messieurs, les affections dont ils souffrent présentent entre elles quelques traits communs, sur certains points, même des ressemblances assez étroites, pour qu'un médecin inexpérimenté s'y puisse laisser prendre peut-être, et cela, précisément, justifiera à vos yeux le rapprochement que j'en veux faire. Ce rapprochement, d'ailleurs, aura certainement un avantage, celui de nous permettre, à côté des points similaires, d'accentuer les contrastes et, partant, de mettre en pleine lumière les caractères cliniques distinctifs des deux ordres d'affections.

Sommairement, les traits communs sont les suivants : les deux malades sont placés, l'un dans l'impossibilité absolue, l'autre dans la presque impossibilité d'exprimer leur pensée par le langage articulé; de plus, tous les deux sont aphones. L'aphonie du premier est absolue : à peine lui est-il possible d'émettre, et encore seulement à l'aide des plus grands efforts, un petit cri rauque. Le second peut encore faire entendre quelques grognements. J'ajouterai qu'ils ont l'un et l'autre conservé le langage mimé dans sa pleine intégrité; on pourrait converser avec eux par signes; mais la conversation sera singulièrement facilitée par l'intermédiaire de l'écriture. Non seulement, en effet, nos malades sont en pleine possession de leur intelligence et comprennent admirablement ce qu'on leur dit, mais de plus, ils peuvent très bien traduire leur pensée en écrivant, exactement comme ils le faisaient avant le développement de la maladie, c'est-à-dire dans un style et avec une orthographe en rapport avec l'éducation qu'ils ont reçue.

Tels sont, en gros, les traits de ressemblance; quant aux caractères distinctifs, nous nous réservons de les faire ressortir ultérieurement.

(1) M. le Dr Melotti, de Bologne a, de son côté, recueilli cette leçon qu'il a publiée dans la *Gazetta degli ospedali*, de Milan, ann. VII, nos 75 et 76.

Je m'occuperai d'abord du premier malade, celui qui doit être l'objet principal de cette leçon; le second n'ayant été placé près de lui qu'à titre de repoussoir destiné à le mieux faire valoir. Eh bien, Messieurs, je dirai immédiatement qu'à mon avis, ce garçon, âgé de 33 ans, exerçant actuellement la profession de gazier, présente un exemple remarquable de ce que l'on désigne généralement par le terme de *mutisme hystérique*. Mais, avant d'entrer de plain-pied dans l'exposé de son histoire et d'essayer de justifier mon diagnostic, je crois utile, pour rendre notre démonstration plus aisée et plus profitable, de vous indiquer, en quelques mots, ce que nous savons de plus important sur cette singulière affection. C'est d'ailleurs là, je vous le rappelle, un sujet que nous avons déjà traité en décembre dernier, et M. le Dr Cartaz, qui veut bien nous apporter son aide pour les examens laryngoscopiques, a fait connaître la substance de mes leçons d'alors, en y ajoutant quelques traits personnels dans un mémoire intéressant (1), fondé sur une vingtaine d'observations dont six nous appartiennent.

Le mutisme hystérique n'est pas une affection extrêmement rare; il en a été souvent parlé, et vous le trouverez signalé dans tous les écrits consacrés à l'hystérie. Cependant, je ne crois pas que la caractéristique de ce syndrôme eût été suffisamment isolée jusqu'au jour où ont été délivrées les leçons auxquelles je faisais allusion tout à l'heure. Aussi, les détails dans lesquels je vais entrer, présenteront-ils peut-être, pour quelques-uns d'entre vous, l'attrait de la nouveauté.

Donc, Messieurs, voici l'énumération des grands caractères qui, suivant moi, distinguent le mutisme hystérique et en font un groupe clinique vraiment autonome, original, reconnaissable entre tous. Les choses se passent ainsi que je vais le dire en m'appuyant tant sur les faits que j'ai observés que sur ceux publiés déjà; c'est matière d'histoire naturelle.

Dans la grande majorité des cas, le mutisme hystérique débute soudainement. Il survient à la suite d'une frayeur, d'une émotion vive de nature quelconque; on le voit se produire parfois au sortir d'une attaque hystérique; ou bien encore, sans cause provocatrice apparente, dans le cours de l'aphonie hystérique. Enfin, il peut se développer pendant le cours d'une laryngite vulgaire.

Sa *durée* est extrêmement variable; tantôt de quelques heures, de quelques jours à peine — chez notre malade il existe depuis trois semaines; — on l'a vu s'étendre à des mois, à des années même.

La *guérison* est constante, et la disparition du mutisme est le plus souvent aussi soudaine qu'en avait été l'apparition. Elle survient donc brusquement, et, comme devant, à la suite d'une vive émotion. Les récidives sont fréquentes.

Telle est du moins la règle; mais, à côté de celle-ci, s'ouvre le chapitre des exceptions. C'est ainsi que, dans certains cas, le malade peut parfaitement ne pas récupérer d'emblée et entière la faculté qu'il avait perdue. Il lui sera possible de chuchotter, de parler à voix basse,

(1) *Progrès médical*, février et mars, nos 7, 9 et 10.

© BIU Santé

mais il restera aphone; il ne pourra s'exprimer à haute voix, tout au moins pendant quelque temps encore. Parfois — ce qui est peut-être plus fréquent, — avant de rentrer en complète possession de l'état normal, il traversera une période où se montre un bégayement particulier, consistant dans la répétion fréquente d'une même syllabe et apparent surtout lorsque le mot dont elle fait partie est d'une certaine longueur.

J'arrive à l'exposé des éléments constitutifs du syndrôme. Bien que le malade ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, qu'il puisse mouvoir ces organes avec agilité dans toutes les directions, de façon à souffler, siffler comme dans l'état normal, *il lui est désormais impossible d'articuler un mot, même à voix basse, de chuchotter autrement dit*, et, qui plus est, même en y apportant la plus grande attention, *d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui*. Le malade est donc *muet*, dans l'acception la plus rigoureuse du mot, en ce sens qu'il ne peut proférer aucune parole. J'ajouterai qu'il est *plus que muet*, car, tandis qu'il est possible au sourd-muet de pousser des cris même violents, le muet hystérique — remarquez bien ce caractère singulier — est *aphone*, le plus souvent d'une façon absolue, au point de ne pouvoir, comme cela se voit chez notre sujet, émettre qu'avec la plus grande difficulté le petit cri rauque que vous entendrez dans un instant.

N'est-ce pas déjà là, Messieurs, une association de symptômes bien remarquable? Certains s'arrêteront peut-être un instant à l'idée, qu'en pareil cas, le mutisme est une conséquence naturelle de l'aphonie poussée au plus haut point. Le malade est muet parce qu'il n'a pas de voix, parce que le larynx, les cordes vocales n'entrent pas en vibration. Toutefois, avec un peu de réflexion, vous reconnaitrez vite avec moi que cette hypothèse couvrirait une erreur profonde. Les hystériques simplement aphones — leur nombre est grand — sont, il est vrai, dans l'impossibilité d'émettre des sons élevés, mais ils se font parfaitement comprendre en chuchottant et en parlant, comme on dit, « à voix basse ».

Le *chuchottement*, Messieurs, n'est pas autre chose qu'un langage parlé et articulé. Ce phénomène est, remarquez-le bien, indépendant, d'une façon absolue, de la voix laryngée : ce fait a été démontré expérimentalement, de la façon la plus péremptoire, dans le laboratoire de M. Marey en 1876, et d'un autre côté, en 1879 par M. Boudet, de Paris. Ces auteurs ont parfaitement établi, en s'aidant de la méthode graphique, que, dans le chuchottement, le larynx n'intervient pas, les cordes vocales n'entrant pas en vibration. L'air traverse alors le larynx comme il traverse la trachée; il passe dans un tube inerte, voilà tout.

C'est ici que se révèle, peut-être surtout, le caractère vraiment spécial du mutisme hystérique. Si l'individu qui en est affecté ne peut chuchotter, ce n'est pas, bien entendu, parce qu'il est aphone, ou mieux, parce que son larynx ne vibre pas; ce n'est pas parce qu'il a perdu les mouvements vulgaires de la langue et des lèvres — vous avez pu voir que notre malade pouvait parfaitement souffler et siffler, — c'est parce qu'il lui manque désormais la possibilité d'exécuter les mouvements propres, spécialisés, pour l'articulation des mots; il est privé, en d'autres termes, des représentations motrices nécessaires pour la mise en jeu du mécanisme de la parole articulée.

Il s'agit donc là, en définitive, d'une *aphasie motrice*, et j'ajoute, purement motrice; espèce rare, très rare dans le domaine de l'aphasie vulgaire, organique, à laquelle se trouvent le plus souvent associés, en proportions diverses, d'autres troubles du langage intérieur, tels que cécité et surdité verbales, ou encore l'agraphie ; enfin, un amoindrissement intellectuel plus ou moins prononcé. Nous allons voir que notre muet hystérique ne rentre nullement dans cette dernière catégorie. Je vous ferai en plus remarquer — caractère pratique de la plus haute importance — que, dans l'aphasie motrice organique, même la plus complète, le malade pousse des cris, émet à haute voix quelques syllabes, prononce quelques mots même, à la vérité souvent mal appropriés, mais parfaitement distincts. D'un autre côté, dans la paralysie labio-glosso-laryngée en général, jusque dans sa dernière période (celle dont notre deuxième malade offre un exemple complet), bien qu'existe la paralysie des mouvements généraux des lèvres, de la langue, du larynx, l'exécution de la voix et l'articulation des mots, quoique faibles et au dernier terme presque indistincts, se retrouvent encore au moment de l'issue fatale. J'insiste à nouveau sur ces caractères, parce que, dans le mutisme hystérique, je le répète, le malade est muet, parfaitement muet, en même temps qu'il est sans voix.

Maintenant, voici d'autres signes également caractéristiques. Non seulement le muet hystérique a conservé toutes les ressources de son intelligence, non seulement il est apte à s'assimiler tout ce qui lui est transmis par l'ouïe ou par la vue, mais, en outre, il possède encore, ainsi que je le disais au commencement de cette leçon, la possibilité de se faire comprendre par la mimique et de communiquer sa pensée à l'aide de l'écriture. Tous ces phénomènes pourraient se rencontrer, sans doute, dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine bulbaire — et à cet égard ce n'est pas sur cette base que s'établirait la distinction entre les deux affections; — mais, dans l'aphasie organique, la symptomatologie ne revêt pas, vous allez le reconnaître, tout à fait le même caractère.

Vous savez combien sont rares, dans le domaine organique, les cas d'aphasie motrice pure, sans complication. A la perte des représentations motrices du langage articulé, s'ajoutent en pareil cas, je viens de le dire, d'une façon générale et dans des proportions variables, d'autres troubles du langage intérieur. L'aphasique ne sait plus lire ou ne lit qu'avec difficulté ; il ne comprend pas ou comprend mal ce qu'on lui dit à l'oreille, bien qu'il ne soit pas sourd et qu'il ait conservé, je suppose, son intelligence. Mais, en admettant même qu'il n'existe aucune de ces complications, il aura généralement perdu, en grande partie tout au moins, la faculté de se faire comprendre par les gestes. Rappelez-vous combien il est difficile de converser de cette façon avec les aphasiques de ce genre. Très vraisemblablement, en outre, il ne saura plus écrire, car vous n'ignorez pas que les aphasiques par lésion organique qui écrivent sont véritablement rares et, habituellement, chez ces individus, l'acte d'écrire, s'il persiste à un certain degré, est lent, difficile, très imparfait.

Tout autre est le muet hystérique; il n'a rien, absolument rien perdu de son éducation antérieure et de son intelligence, non plus que de sa faculté d'écrire. Sollicité par les questions de l'interlocuteur, il se saisit avec un empressement singulier, d'une plume, d'un crayon, qui vont lui permettre enfin d'exprimer nettement sa pensée. Il se produit là, en pareil cas, de la part du malade, une mimique saisissante au plus haut point et qui,

© BIU Santé

jointe à la constatation très facile de la perte de la voix et du langage articulé, permet presque de reconnaître le mutisme hystérique, pour ainsi dire du premier coup, et sans plus long examen.

Je raconte souvent, à ce propos, l'histoire d'un jeune espagnol dont vous trouverez l'observation *in extenso* dans le mémoire de M. Cartaz. On me le présenta comme atteint, depuis plus d'une année, d'épilepsie syphilitique. Naturellement, il avait été traité comme tel. De plus, on ajoutait que souvent, à la suite de ses attaques, il restait aphasique pendant plusieurs jours. Lorsque je le vis, il était justement en proie à l'un de ces accès de prétendue aphasie. J'abordai le malade, et il me fit signe, en portant la main à sa gorge — geste ordinaire des muets hystériques en pareille occurence — qu'il lui était impossible d'articuler un seul mot. « Parlez à voix basse, lui dis-je » ; à peine put-il esquisser avec les lèvres quelques mouvements silencieux d'articulation. — « Criez, lui dis-je enfin » ; il ne put émettre aucun son. Entre temps, j'avais pu rapidement constater qu'il était possible au malade de tirer la langue, souffler et siffler comme dans les conditions normales.

Sur ces entrefaites, poussé et impatienté par mes questions, mon jeune espagnol s'était emparé d'une plume et me donnait par écrit, avec une promptitude remarquable, quelques détails de son histoire, aussi clairement qu'il m'était possible de le désirer, bien qu'il écrivît en français et non dans sa langue maternelle.

Mon diagnostic était fixé, et depuis quelque temps déjà : « C'est un hystérique », dis-je à mon confrère étonné et qui trouvait ma proposition imprudente, probablement parce qu'il la jugeait trop précitée.

L'examen ultérieur vint la confirmer. Il existait chez ce jeune sujet une hémianesthésie avec tremblement du côté gauche ; un rétrécissement du champ visuel et de l'obnubilation de l'ouïe du même côté ; de l'anesthésie du pharynx ; en un mot, toute une série de stigmates qui ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un fonds hystérique nettement formulé. J'ajouterai que la description de l'attaque qui nous fut alors donnée était vraiment caractéristique. C'était bien de l'hystéro-épilepsie et non de l'épilepsie vraie, ou encore de l'épilepsie symptomatique qu'il s'agissait, et, une étude plus attentive des antécédents, nous permit de reconnaître que la syphilis n'avait jamais existé que dans l'imagination du malade et dans celle du médecin consultant. Les événements qui se sont produits par la suite établirent péremptoirement que l'on était en présence de phènomènes hystériques et pas d'autre chose.

Me fondant sur les considérations précédemment annoncées et sur ce que m'a appris, sur ce sujet, une expérience déjà longue, je me crois autorisé à affirmer, Messieurs, que le syndrôme *mutisme hystérique* est par lui-même assez caractérisé, assez original pour pouvoir être reconnu pour ce qu'il est, même en l'absence de tous renseignements fournis par les phénomènes concomitants. Aussi, lorsque ses traits seront bien gravés dans votre esprit, serez-vous mis à même, à votre tour, d'arriver à ces diagnostics rapides qui, en somme, ne sauraient être considérés comme des tours de force que par les personnes non initiées.

Il est clair, néanmoins, que l'observation resterait incomplète si l'examen du malade n'était pas poussé plus loin. Or, c'est bien rarement que font défaut ces phénomènes permanents de l'hystérie que, pour plus de brièveté, nous appelons *stigmates* ; sans compter les attaques, qui, elles aussi, existent habituellement ; rétrécissement du champ visuel, hémianesthésie simple ou double, troubles sensoriels divers, anesthésie pharyngée, voilà les phénomènes dont vous devrez soigneusement rechercher l'existence. Leur présence contribuera singulièrement à affirmer votre diagnostic. J'y ajoute la contracture d'un membre provoquée expérimentalement par l'application d'un lien circulaire : c'est un nouveau stigmate que de récentes recherches nous ont permis de déterminer, et dont la fréquence, chez l'homme comme chez la femme, est beaucoup plus grande qu'on ne le pourrait supposer (1).

Il ne faut pas oublier toutefois que, si l'affection hystérique chez un sujet donné se montre le plus souvent polymorphe, elle peut se trouver par contre réduite à un seul élément symptomatique. Il en est ainsi du syndrôme mutisme hystérique ; il se rencontre quelquefois parfaitement isolé, seul témoin de la maladie, et c'est là justement ce qui se voit chez le malade que nous avons sous les yeux.

Il y a là, vous le comprenez bien, Messieurs, une raison de plus pour attacher une grande importance à la notion exacte de chacun de ces syndrômes pris en particulier, car, en définitive, leur connaissance seule nous donnera la possibilité de dépister l'affection lorsqu'elle est ainsi réduite à sa plus simple expression. Heureusement que l'histoire naturelle des symptômes offre ici, en règle générale, des éléments d'appréciation suffisamment caractéristiques pour permettre de décider, même dans ces conditions relativement défavorables, et j'ajouterai, sans grandes chances d'erreur.

Si j'insiste encore une fois sur ce fait clinique, c'est parce que les muets hystériques, plus encore peut-être que les individus atteints des autres manifestations de la névrose, sont, la plupart du temps, je ne sais trop pourquoi, considérés comme des simulateurs. Et, cependant, je suis forcé de dire et de redire, qu'à mon avis, l'idée de simulation n'est que trop souvent fondée, en pareil cas, sur l'ignorance du médecin. Cela n'a peut-être pas une importance pratique capitale quand il s'agit d'une pure question de diagnostic, en ville ou à l'hôpital ; on peut alors faire fausse route sans qu'il en résulte pour le malade de bien grands inconvénients.

Mais, il n'en serait pas de même dans l'armée, par exemple, ou encore chez les individus en prévention judiciaire. L'entêtement dans des idées de simulation insuffisamment motivées pourrait conduire à commettre ici des injustices criantes : à employer, je le suppose, des moyens quelque peu barbares, comme par exemple, la faradisation à toute volée du larynx qui, vous le savez, n'est pas, tant s'en faut, sans danger. Aussi, est-il de mon devoir de vous faire remarquer que, dans la circonstance, la simulation est peut-être plus facile à dépister qu'on ne le croit généralement. Peu de simulateurs, on en conviendra, seraient de force à réunir et à exhiber, dans un but de supercherie, tous les symptômes que nous a révélés l'histoire naturelle du mutisme hystérique, sans rien retrancher, sans rien ajouter de leur propre crû à cette symptomatologie si complexe et si spéciale à la fois.

En général, Messieurs, peut-être pourrait-on dire forcément, le simulateur est un fantaisiste. Il imagine volontiers, il brode et exécute des fioritures. Rappelez-vous la consultation donnée par Sganarelle à Lucinde,

(1) Voir la précédente leçon.

© BIU Santé

laquelle peut être considérée comme une parfaite simulatrice.

SGANARELLE. — ..... Qu'avez-vous? Quel est le mal que vous sentez?

LUCINDE (*répond par signes en portant sa main à sa bouche, à sa tête et sous son menton*). — Han, hi, hon, han.

SGANARELLE. — Hé ! que dites-vous ?

LUCINDE, *continuant les mêmes gestes*. — Han, hi, hon, han, han, hi, hon (1).

SGANARELLE. — Quoi ?

LUCINDE. — Han, hi, hon.

Eh bien, Messieurs, ces han, hi, hon, han sont évidemment de trop et révèlent la simulation. Le muet légitime reste silencieux, je vous l'ai dit, et, s'il porte souvent la main à sa gorge pour montrer que là est l'obstacle, il ne la place pas, que je sache, sur sa tête ou sur sa bouche. C'est, je le crois, par des considérations de ce genre que la simulation se démasquera souvent d'elle-même.

Il ne faut pas oublier surtout, Messieurs, que, dans de certaines circonstances, la simulation peut paraitre très vraisemblable, alors qu'un examen plus attentif montre qu'il s'agit, en réalité, de symptômes parfaitement légitimes.

Tel est le cas suivant que j'ai eu l'occasion d'observer à la prison de St-Lazare, grâce à l'obligeance de mon collègue, M. le Pr Brouardel.

Hélène G..., jeune détenue de 24 ans environ, avait adressé à un prêtre, dont elle croyait avoir eu à se plaindre, le cadavre d'un enfant nouveau-né bien enveloppé et placé dans un panier. Le colis postal, étiqueté *fromage*, arriva juste au moment où le curé recevait des amis. Près du cadavre se trouvait un billet ainsi conçu : « *Priez pour celle que vous avez perdue.* »..... Voilà bien un délit d'hystérique!

Arrêtée à quelque temps de là, Hélène G... perdit subitement la parole après le premier interrogatoire. Cette fois, direz-vous, le mutisme était évidemment simulé. Eh bien, non, Messieurs, il n'en est rien à mon avis, et telle est aussi l'opinion si prépondérante en pareille matière de mon collègue M. le Pr Brouardel. Voici mon argument : L'histoire naturelle du mutisme hystérique encore peu connue aujourd'hui est parfaitement respectée par l'inculpée. Hélène G... est muette et aphone; elle ne profère pas le moindre bruit, même quand par surprise on l'excite à rire. Pas le moindre grognement, pas le moindre hin,hi,hon,han, pas le moindre geste hors de saison. Le début a été subit. Les stigmates hystériques sont, d'ailleurs, des plus prononcés et de telle nature que la simulation en est impossible ; anesthésie totale, complète; anesthésie du pharynx; rétrécissement du champ visuel, etc., etc. Enfin, et voici qui dans l'espèce est absolument péremptoire : ainsi que le font les muets hystériques les plus légitimes, la malade écrit vite et correctement et c'est de cette façon qu'elle a pu communiquer avec le juge d'instruction et avouer son crime, tout au moins en grande partie. Une simulatrice, sans aucun doute, eût poussé les choses jusqu'au bout, elle eût cessé d'écrire, et, je le répète, dans le cas actuel il n'en fut absolument rien. L'autopsie du cadavre de l'enfant n'ayant pas démontré que celui-ci avait vécu, Hélène G... fut condamnée pour délit de *suppression d'enfant* à trois ans de prison.

Mais, il est temps, je crois, d'en arriver à la démonstration de notre cas. Elle pourra, je pense, être faite rapidement après les préliminaires dans lesquels nous venons d'entrer.

Notre malade, vous ai-je dit, est âgé de 33 ans. Après avoir exercé toutes sortes de métiers, il est aujourd'hui au service de la Compagnie du Gaz. L'hérédité nerveuse ne semble pas exister chez lui. Pas de maladies antérieures dignes d'être notées ; toutefois, j'insiste sur ce fait que, pendant une période de *six ans*, de 24 à 30 ans, il a eu des attaques qu'il fait connaitre à l'aide d'une description et d'une mimique des plus caractéristiques. On y retrouve l'aura, l'arc de cercle, les grands mouvements ; le malade assure qu'il ne perdait pas connaissance. Cependant, plusieurs années auparavant, étant âgé de 20 ans, à la suite d'un grand bruit qui lui avait occasionné une violente terreur, il aurait perdu momentanément l'usage de ses sens. Il se marie, il y a trois ans, et les attaques cessent. Sans cause connue, autre qu'une laryngite accompagnée d'aphonie, il devint peu de temps après subitement muet. Entré dans le service de M. Rigal, il guérit au bout de quelques semaines, subitement, par l'application du miroir laryngoscopique. C'est il y a trois semaines que, à la suite de la même cause, à savoir : une laryngite de quelques heures de durée, le mutisme se reproduisit.

Vous voyez que notre malade présente tous les caractères classiques du mutisme hystérique tel que nous l'avons décrit. Je lui ordonne de crier, de parler, de chuchotter, il ne peut absolument rien faire de tout cela, et quand on insiste, il se sert du geste caractéristique de porter la main à sa gorge comme pour nous dire que son mal est là. Pourtant il meut parfaitement sa langue et ses lèvres dans tous les sens. De même il peut écrire et traduire ainsi très convenablement sa pensée, à la vérité dans un style qui se ressent forcément de son éducation antérieure, fort incomplète d'ailleurs.

Dans le cas actuel, en dehors des caractères spéciaux du mutisme, les crises antérieures sont les seuls symptômes que nous puissions invoquer en faveur de l'hystérie, car notre malade est indemne de tous stigmates. Le mutisme se présente donc ici à titre d'accident hystérique solitaire, *monosymptomatique*, et cependant, nous n'hésiterons pas un seul instant, pour les raisons que nous avons fait, je l'espère, suffisamment ressortir, à le considérer comme parfaitement légitime.

J'en viens à notre second malade. Je laisse de côté l'âge de 72 ans, car la maladie bulbaire eût pu se développer vingt ans plus tôt, et nous connaissons des hystériques hommes de 40 ans et plus. Mais, j'insisterai sur le début lent et progressif de cette difficulté de la parole : s'il ne peut parler, ce malade crie encore, tout au moins. Il y a paralysie et atrophie de la langue ; sa bouche est élargie, ses lèvres pendent et donnent à sa physionomie un air pleurard. Malgré cela, l'articulation des mots n'est pas complètement perdue ; il peut encore, difficilement à la vérité, mais il le peut, prononcer des paroles indistinctes. Chez lui, ce n'est pas la perte de la mémoire des mouvements d'articulation qui existe, ce n'est pas l'aphasie motrice qui est en scène, mais bien l'*anarthrie*, conséquence de la paralysie des mouvements généraux de la langue et des lèvres.

J'ajouterai que le malade laisse involontairement échapper sa salive ; que la déglutition est très difficile ; que quand il boit, le liquide sort par le nez ; qu'enfin, la nuit, il a des accès de suffocation.

Vous voyez, Messieurs, après ce parallèle, qu'entre nos deux malades il n'existe, en somme, que des res-

(1) *Le Médecin malgré lui*, scène VI.

© BIU Santé

semblances grossières, et bien que le second, comme le premier, présente un contraste entre la faculté d'écrire facilement qui lui reste et l'impossibilité de se faire entendre par l'articulation, il est bon de relever que ce dernier phénomène n'est pas, dans les deux cas, de même ordre et reconnaît, au contraire, un mécanisme tout à fait différent.

Je terminerai cette leçon par une démonstration expérimentale, en vous présentant deux cas de mutisme artificiellement provoqués chez deux hystériques hypnotisables. Avant l'épreuve qu'elles ont subies, ces deux femmes n'avaient jamais été en rapport avec des muets hystériques, alors qu'elles fréquentaient journellement, au contraire, des malades atteintes d'anarthrie par paralysie labio-glosso-laryngée. Cependant, vous reconnaîtrez sans peine, chez elles, des caractères identiques à ceux que nous relevions tout à l'heure dans le mutisme hystérique spontané. Elles aussi ne peuvent ni crier, ni articuler une parole, ni même chuchotter ; et pourtant, les mouvements généraux de la langue et des lèvres sont indemnes de cette perturbation ; elles continuent à pouvoir s'exprimer par l'écriture et la mimique ; leur intelligence est restée complète.

Je vous les présente éveillées mais encore muettes, et je dois vous dire maintenant comment on peut produire artificiellement ce phénomène du mutisme. La malade étant plongée dans la période somnambulique de l'hypnotisme, vous commencez par causer quelques instants avec elle ; puis, vous approchant d'elle de plus en plus, vous faites mine de ne plus ni l'entendre ni la comprendre. Elle fait alors effort pour parler plus haut, mais vous continuez le même jeu et ne paraissez pas comprendre davantage qu'auparavant. Il arrive alors que la voix du sujet baisse progressivement. L'aphonie au dernier terme est complète ainsi que l'impossibilité d'articuler. Ce mutisme artificiel obtenu pendant la période somnambulique, persiste, comme vous voyez, à l'état de veille. Je n'oserais pas le laisser se prolonger trop, car j'ai remarqué depuis longtemps que les accidents hystériques artificiellement produits dans l'hypnotisme sont d'autant plus dificiles à faire disparaître à l'état éveillé qu'on les a laissés persister plus longtemps (1).

Messieurs, la possibilité de faire naître artificiellement le syndrome *mutisme hystérique*, par voie de suggestion, nous paraît désigner suffisamment le point de départ de tous les phénomènes comme aussi elle fait soupçonner du même coup le mécanisme de leur développement ; c'est dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux — je crois pouvoir l'admettre sans m'avancer trop — qu'il faut chercher la lésion dynamique d'où dérivent les symptômes dont il s'agit et le mécanisme qu'il convient d'invoquer ici n'est autre que celui qui, suivant nous, rend compte de la production des paralysies dites psychiques, ou mentales si vous l'aimez mieux.

Cette théorie, aujourd'hui fondée sur un nombre considérable de faits et d'expériences, est applicable, vous le savez, à beaucoup d'affections hystériques, particulièrement à celles qui naissent sous l'influence d'une cause occasionnelle, telle qu'une violente émotion, un traumatisme, etc. C'est là un sujet qui nous a occupé maintes fois dans plusieurs de nos précédentes leçons, auxquelles je renverrai ceux d'entre vous qui voudraient acquérir, à cet égard, de plus amples informations (1).

(1) Le malade hystérique qui avait assisté à une partie de la leçon paraît avoir été vivement impressionné par tout ce qu'il y a entendu dire. Le lendemain matin, peu de temps après son réveil, il retrouva subitement la parole.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fracture de cuisse. — Résorption du cal au 70e jour sous l'influence d'un érysipèle ;

Par le Dr FERRET.

Les altérations pathologiques du cal s'observent rarement ; et par suite leur histoire clinique est peu connue. Aussi y a-t-il intérêt à publier tous les faits de cette nature qu'on a l'occasion de rencontrer.

Ch...., âgé de 17 ans, d'une bonne constitution et sans antécédents morbides, entre à l'hôpital le 2 février 1884 pour une fracture simple de la partie moyenne de la cuisse. Cette fracture est traitée par l'extension continue à l'aide de l'appareil de Tillaux, et on obtient une guérison sans raccourcissement. Le 6 avril, alors que la consolidation était parfaite, et que le blessé commençait à marcher, survient un érysipèle dont le point de départ est une excoriation de la peau de la jambe produite par le contact du diachylon. Cet érysipèle envahit rapidement tout le membre fracturé, et est accompagné de phénomènes généraux graves et d'aphasie.

Pendant les premiers jours, rien n'attire l'attention du côté du cal ; et ce n'est que le sixième jour après le début de l'affection qu'on trouve à la visite du matin la cuisse courbée presque à angle droit au niveau de la fracture. On constate alors que le col a disparu et que la mobilité est complète en tout sens et sans douleur. Le membre est placé dans la rectitude, et on applique de nouveau l'appareil à extension continue.

Le 18, toute trace d'érysipèle a disparu ; mais le malade accuse une douleur profonde et peu intense au niveau de la fracture. Le 22, cette région est gonflée et fluctuante, et je retire environ 100 gr. de pus par une ponction avec l'aspirateur. Cet épanchement purulent se reproduit très vite, et le 26 le foyer est largement ouvert. En explorant la cavité de l'abcès, on trouve l'extrémité du fragment inférieur adhérente à la face interne du fragment supérieur. Ce dernier est déjeté en dehors et dénudé dans une étendue de 4 centimètres. Toute cette extrémité osseuse est réséquée, et la cavité suppurante est bourrée de gaze iodoformée.

L'appareil à extension continue est maintenu en place, et le pansement à l'iodoforme est renouvelé tous les trois ou quatre jours.

A la fin de mai, la plaie était guérie sans nouvel incident, et la consolidation osseuse parfaite.

Réflexions. — Les faits de cette nature sont très rares, et ceux qui ont été observés peuvent être rangés en deux catégories : Dans une première série de faits, on voit le ramollissement du cal se produire lentement sous l'influence d'un état général mauvais. Tels sont les cas de Clarke (*Med. Times and Gazette*, 1867), de Poinsot (*Société de chirurgie*, 1878), etc.

Dans une deuxième catégorie, dans laquelle rentre le fait que je rapporte, il y a disparition rapide du cal au cours d'une maladie fébrile grave ; et je n'ai trouvé dans les auteurs que trois observations se rapportant nettement à des accidents de cette nature. Norris (in *Contributions to Practical Surgery*) raconte qu'il a vu sous l'influence de l'érysipèle la résorption rapide d'un cal volumineux qui avait réuni solidement une fracture du tiers inférieur de la jambe. Cette résorption se produisit sans cause apparente dans une suffisante étendue pour rendre les fragments absolument mobiles et nécessiter un nouveau traitement.

(1) Voir en particulier les Leçons XXI et XXII.

© BIU Santé

Schilling (in *Med. Zeitung*, septembre 1840) rapporte l'observation d'un jeune homme de 22 ans qui se fractura le fémur gauche le 1er septembre. Vers le milieu de novembre, la fracture était assez solidement réunie pour qu'il pût se soutenir sur le pied. Il fut pris alors de fièvre typhoïde, et 10 jours après on ne pouvait plus sentir le cal ; les os remuaient aussi librement l'un sur l'autre qu'immédiatement après l'accident. Dix jours plus tard, le malade mourait et à l'autopsie on ne trouva aucune trace de cal ; les surfaces fracturées étaient rouges et entourées d'une membrane en forme de sac qui contenait un liquide sanguinolent.

Mantell (in *Lancet* du 9 octobre 1841) publie l'observation d'un jeune homme de 17 ans qui, dans une chute, s'était fait une fracture oblique de la jambe. La consolidation fut obtenue en six semaines, et, trois mois après l'accident, il était impossible de reconnaître le membre fracturé. Dix mois après, le blessé revint consulter ; le membre était incurvé presque à angle droit au niveau de l'ancienne fracture, et la consolidation était parfaite dans cette position vicieuse. Interrogé sur le mode de production de cette infirmité, le malade raconte que, quatre mois après son accident, étant allé voir des amis dans un village où sévissait une fièvre épidémique, il avait pris la maladie qui l'avait cloué au lit pendant plusieurs semaines et l'avait réduit à un état de débilité extrême. Lorsqu'il voulut se lever, sa jambe fracturée ne pouvait plus le soutenir et se pliait sous lui. Cet état fut attribué à l'affaiblissement général, et on n'appliqua aucun appareil. Le membre se consolida peu à peu, mais dans une position vicieuse.

Les observations de Norris et de Mantell manquent de détails suffisants et n'ont de valeur qu'au point de vue de la simple constatation du fait.

L'examen de l'état local n'a été pratiqué que chez le malade de Schilling, et là, comme dans le cas que je rapporte, on a pu constater que la fonte du cal était due à une inflammation. Ces faits de résorption rapide du cal au cours de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, etc., doivent donc être mis sur le compte d'une de ces ostéites infectieuses qu'on observe dans ces maladies, et pour le développement desquelles un cal récent est un terrain tout préparé.

PATHOLOGIE INTERNE

Présence normale de deux microbes pathogènes (staphylococcus et bacille court dans le cholédoque). Infections expérimentales après ligature du cholédoque. Infections de même nature au cours d'affections du foie et des voies biliaires de l'homme ;

Par le Dr NETTER, chef de Clinique médicale à la Pitié (1).

Il y a lieu de se demander si les microbes présents dans le tube intestinal ne remontent pas normalement jusqu'à une certaine hauteur dans le canal cholédoque, ainsi que cela a été démontré pour le conduit pancréatique. Ce premier point résolu par l'affirmative, il faudra rechercher si dans des conditions spéciales ces microbes peuvent passer des conduits biliaires dans le sang et déterminer des troubles de la santé. Des recherches que j'ai entreprises à ce sujet, je puis tirer, dès l'heure actuelle, quelques conclusions que je présente à la Société anatomique.

Je me suis d'abord assuré, et par l'examen microscopique et par la culture de l'existence pendant la vie, de microrganismes dans la dernière partie du cholédoque. Normalement ces microrganismes manquent dans la vésicule biliaire. En liant le canal cholédoque immédiatement au-dessus de l'ampoule de Vater, je retiens ces microrganismes dans les voies biliaires. Dès le premier jour, les cultures de bile prise dans la vésicule ne restent plus stériles.

Les bactéries, dans ces expériences, ne s'arrêtent pas à la vésicule, ni aux ramifications biliaires. L'examen direct, les cultures montrent qu'elles ont passé dans le foie et dans le sang. Et cependant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ont été prises. Il n'a été introduit aucun organisme nouveau. La ligature du cholédoque a suffi à modifier les conditions qui, à l'état normal, empêchent l'arrivée des microbes dans la vésicule et leur pénétration dans les capillaires du foie.

Les organismes que j'ai trouvés dans le sang et dans la bile, après la ligature du cholédoque, appartiennent à deux espèces différentes. L'une, constituée par des grains arrondis, l'autre par des bâtonnets courts. La première espèce est le staphylococcus aureus. Elle se caractérise facilement par l'apparence jaune orangé des cultures. Injectée, elle produit les accidents classiques de l'infection par staphylocoque. L'autre, l'organisme bacillaire donne des colonies d'un blanc opaque à croissance rapide. Il diffère des microbes bacillaires à nous connus. Injecté dans le foie ou la vésicule, il entraîne une dégénérescence vitreuse disséminée des cellules hépatiques. Cet organisme est capable de provoquer une endocardite végétante, si l'on a préalablement lésé le cœur de l'animal.

Après ligature du cholédoque, il peut y avoir infection par le seul bacille (deux lapins, un cobaye), infection par le staphylococcus aureus isolé (un lapin, un cobaye), infection mixte (trois lapins, un cobaye.)

Dans l'infection par staphylocoque, la température rectale du lapin s'élève et peut iattendre 41°. Il y a des ulcérations de la muqueuse de la vésicule et des gros conduits, des abcès du foie et même d'autres organes. Dans l'infection bacillaire, on observe un abaissement notable de la température, qui peut aller au-dessous de 34°. Le foie présente des altérations cellulaires. L'inspection mixte présente une association des lésions anatomiques. Il semble que le lapin soit plus sujet à l'infection bacillaire.

Il est légitime de penser que des infections de même ordre peuvent se produire dans l'organisme humain, soit après la lithiase biliaire, soit au cours d'altérations diverses du foie. Un certain nombre d'observations justifient, dès l'heure présente, ce rapprochement.

Au cours de la lithiase biliaire avec obstruction du canal cholédoque, nous avons observé et cultivé les deux espèces. Le bacille était présent dans un cas d'angéiocholite calculeuse, dont M. Potocki a présenté les pièces à la Société anatomique. Il était également présent dans les foyers d'angéiocholite et dans le sang de la malade, dont nous avons, avec M. Martha, rapporté l'histoire (*Archives de Physiologie*, 15 juillet 1886).

Nous avons trouvé le staphylococcus aureus dans le sang d'une malade, au cours d'accès de fièvre intermittente biliaire, liée à la lithiase. Brieger (*Zeitschrift fur Klinische Medicin*, 1886) a également cultivé le staphylocoque dans un cas d'infection purulente, après calcul oblitérant le cholédoque. Dans un cas d'ictère grave, coïncidant avec une tuberculose miliaire aiguë généralisée, les cultures du sang et de la rate nous ont permis de constater le développement du staphylococcus aureus. Dans un cas d'ictère grave secondaire à une cirrhose hypertrophique graisseuse alcoolique, nous avons retrouvé, dans le sang vivant et le foie, les deux organismes (staphylocoque et bacille). Dans un ictère grave primitif, actuellement soigné dans le service de M. Brouardel, la culture du sang a donné lieu au développement du staphylocoque. Toutes ces constatations nous autorisent à accepter que ces injections biliaires jouent sans doute un très grand rôle dans la production des accidents terminant des affections hépatiques et peut-être même dans la genèse de l'ictère grave primitif.

(1) Note présentée le 29 octobre 1886 à la *Société anatomique*.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de médecine. — Histologie : Ouverture du cours de M. Mathias Duval

Samedi dernier 6 novembre, à cinq heures, M. Mathias Duval a inauguré devant un auditoire aussi nombreux que sympathique, la série des leçons qu'il doit consacrer cet hiver à l'*histologie du système nerveux, du système musculaire et des systèmes osseux et cartilagineux*. Reçu à son entrée dans le grand amphithéâtre de la Faculté par des applaudissements enthousiastes, le professeur a remercié avec émotion ses auditeurs de cet accueil si cordial. Il y a été doublement sensible ; il accepte cette manifestation et pour le professeur et pour la science qu'il doit ici enseigner, science que ne dédaigne plus désormais la génération médicale actuelle. Le temps n'est plus où les recherches micrographiques étaient regardées comme un simple passe-temps des *curieux de la nature*.

L'année dernière, M. Duval, appelé subitement à enseigner l'histologie dans cette Faculté après la mort de Robin, avait dû faire de suite face aux nécessités du moment et composer à la hâte un programme. Mais, aujourd'hui, ce programme est bien déterminé ; il compte en deux ans faire toute l'histologie ; c'est là presque l'idéal et il compte y parvenir, quitte sinon à sacrifier, du moins à écourter parfois des descriptions minutieuses. Traitant pendant ce semestre des systèmes nerveux, musculaire, osseux et cartilagineux, il réserve pour l'hiver prochain l'étude du sang, des vaisseaux, des épithéliums et des glandes.

M. Duval, avant de commencer l'histologie des éléments nerveux, tient à recommander aux élèves la fréquentation des laboratoires et les engage à se rendre aux travaux pratiques dès que leur ouverture sera annoncée (1). Cependant, il n'est pas partisan des travaux pratiques obligatoires; il aime la liberté et la spontanéité dans le travail (tonnerre d'applaudissements). Il a cherché et a cru trouver le moyen de supprimer pareille obligation en introduisant dans l'examen d'anatomie une épreuve pratique d'histologie. Des préparations claires, simples, faites avec soin, élémentaires en un mot, seront données aux élèves qui devront les examiner, les reconnaître, décrire ce qu'ils verront ; de même à l'examen d'anatomie on vous demande de nommer l'os qu'on vous présente et d'en indiquer les parties principales. Cette épreuve sera une ressource précieuse pour le professeur ; elle lui permettra de se rendre compte de ce qu'a fait l'élève, de voir s'il sait manier un microscope. M. Duval ajoute que cette épreuve sera d'ici peu introduite dans les examens de doctorat. Que les étudiants s'y préparent donc en travaillant chez eux et dans les laboratoires qu'on mettra dans quelques jours à leur disposition. Elle permettra de supprimer l'appel aux travaux pratiques qui ne seront plus dès lors obligatoires.

La modification proposée par le professeur d'histologie a naturellement été accueillie favorablement par les auditeurs ; ils ne doivent pas perdre de vue qu'ils ont le devoir de se préparer sérieusement à l'épreuve pratique de l'examen. Leur responsabilité est augmentée par la liberté qui leur est accordée.

(1) Il est vrai qu'on est à la recherche d'un local pour ces travaux pratiques d'histologie, expulsés du collège Rollin par la pluie qui inonde les laboratoires et les élèves. On ne sait où mettre en sûreté et les microscopes et les étudiants, car les locaux magnifiques de la nouvelle Ecole pratique ne sont encore pas prêts, naturellement. Y a-t-il assez longtemps qu'on bâtit et bâtit toujours dans cette Ecole pratique ? Nous finirons par croire que c'est plutôt une Ecole pour apprentis maçons.

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale : Ouverture du cours de M. le Pr G. Sée.

Le lundi 8 novembre, M. le Pr G. Sée a prononcé sa leçon d'ouverture. Le professeur s'est bien gardé de faire un de ces grands discours d'apparat qui étaient naguère fort à la mode. On sait ce qu'étaient ces discours : ils avaient pour but non pas d'être utiles aux élèves, mais bien de frapper leur esprit et de leur imposer l'idée de la supériorité du maître. M. le Pr G. Sée paraît avoir bien compris qu'avec les idées très arrêtées des jeunes générations sur l'enseignement utilitaire, une pareille manière de faire ne serait pas plus utile à l'élève qu'au maître et qu'elle pourrait être très nuisible à ce dernier. Que d'étudiants, après avoir entendu un de ces inutiles et fastidieux discours, ont déserté pour jamais la bannière officielle pour s'enrôler sous la direction de ces maîtres non officiels qui enseignent sans mandat, il est vrai, mais non sans éclat, et qui enseigneront bien mieux encore le jour où des usages et des préjugés surannés auront disparu, le jour où s'effectuera la réorganisation vainement attendue jusqu'à l'heure actuelle. Nous le répétons, M. le Pr G. Sée semble avoir compris le mouvement qui déborde de toutes parts. Il est entré en matière par une excellente leçon sur la caféine, et le groupe des caféiques (théine, théobromine, cocaïne, etc.).

Il a immédiatement exposé ce que serait son enseignement de cette année. La thérapeutique y tiendra la première place, mais ce sera de la thérapeutique clinique tout d'abord et aussi expérimentale. Il n'est pas possible en effet d'expérimenter un médicament sur l'homme sans l'avoir au préalable essayé sur l'animal, comme aussi l'étude de tout médicament ne saurait se passer de la démonstration de ses effets sur le malade. Et tout d'abord, suivant l'usage, le professeur a parlé de classification mais seulement pour démontrer qu'actuellement toute classification est impossible, tant il y a d'arbitraire dans tout groupement de médicaments, quel qu'il soit.

Aussi M. Sée, pour le moment, n'en suivra aucune, pas même celle qu'il avait proposée jadis et que bien des auteurs ont suivie. Il ne saurait se résoudre à étudier côte à côte des substances aussi dissemblables que le fer et le mercure ou encore aussi différents d'action que la soude et la potasse. Pour les alcaloïdes la confusion est plus grande encore et on place à côté les uns des autres les corps les plus opposés comme effets. Et puis les découvertes microbiennes ne doivent-elles pas aussi fournir à la thérapeutique de précieuses et très spéciales indications ? D'où encore un point de vue nouveau, la recherche de médicaments spécifiques et de remèdes biologiques.

Le premier médicament qu'étudiera M. Sée sera la caféine, et commençant aussitôt cette étude, il examine les très nombreuses substances qui renferment de la caféine et lui doivent, en grande partie, leur action : café, thé, mathé, chocolat, etc. Après cette étude qui intéresse autant l'hygiéniste que le médecin, M. Sée abordera dans la leçon suivante l'étude chimique, physiologique et thérapeutique de la caféine. — L'enseignement de M. Sée est toujours le même, plein d'imprévus, de rapprochements ingénieux, parfois de digressions intéressantes, d'anecdotes frappantes et surtout marqué du cachet de la nouveauté; c'est qu'en effet M. Sée met en pratique, avec une verdeur incroyable, cette formule par laquelle il a terminé l'introduction de sa leçon : « Je suis le plus ancien mais non pas le plus vieux de vos maîtres, je veux marcher à la tête des jeunes. »

Tous les lundis, M. G. Sée consacrera sa leçon à une étude thérapeutique. Les leçons du vendredi seront consacrées à l'étude du diagnostic.

© BIU Santé

Hôtel-Dieu. — Clinique ophthalmologique : Ouverture du cours de M. le Pr Panas.

M. le Pr Panas a repris lundi dernier son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu. Le sujet de cette première leçon était un cas d'amaurose double survenue brusquement chez un enfant d'une quinzaine d'années, qui avait présenté pendant longtemps auparavant divers troubles d'origine manifestement cérébrale. Le professeur a commencé par rappeler l'anatomie de la base du cerveau au niveau de l'hexagone de Willis et par passer en revue les désordres fonctionnels qui peuvent produire les lésions développées dans cette région; puis, appliquant ces données à l'analyse du cas particulier de son malade, il a discuté le diagnostic, tant au point de vue du siège précis qu'au point de vue de la nature de la lésion. Il est arrivé ainsi, par une série de déductions, à conclure qu'il existait chez cet enfant une lésion diffuse des méninges dans la région du chiasma, et que cette lésion était probablement de nature tuberculeuse ou pachy-méningitique. Il a ensuite exposé le traitement qu'il se propose d'instituer, et qui consistera dans l'application d'un séton à la nuque et dans l'emploi des mercuriaux intrus et extra. Avant la leçon à l'amphithéâtre, M. le Pr Panas fait sa consultation et examine les malades devant les élèves, appelant l'attention de ses auditeurs, ici sur une question de diagnostic, là sur une question de pronostic ou de traitement, suivant le cas que les hasards de la clinique lui amenait. L'installation si complète de la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, le nombre des malades qui y affluent, la haute compétence du maître, la lucidité de son enseignement et l'extrême sollicitude avec laquelle il s'en occupe, font du service de M. Panas un centre d'instruction des plus précieux, dont nous ne saurions trop recommander la fréquentation.

Hôtel-Dieu.—Démonstrations d'anatomie pathologique. Cours d'autopsies : M. le Pr Cornil.

M. le Pr Cornil a commencé, le jeudi 11 novembre, à l'Hôtel-Dieu, les autopsies avec démonstrations sur les pièces anatomiques. Entrant immédiatement en matière, M. Cornil a montré les pièces provenant d'un jeune malade ayant succombé au 5e jour d'une fièvre typhoïde avec hémorrhagie intestinale et épistaxis abondantes. Après avoir décrit plus particulièrement les lésions ulcératives de l'intestin, observées dans ce cas, M. Cornil a donné un résumé de la bactériologie de la fièvre typhoïde et montré des cultures et des préparations du bacille d'Eberth et de Gaffky. — Le second cas étudié par le professeur est celui d'une vieille femme qui, cliniquement, était une emphysémateuse avec ramollissement cortical gauche. Hémiplégie droite et aphasie, et chez laquelle on a trouvé, à l'autopsie, une dégénérescence tuberculeuse des ganglions du hile des poumons, et un gros tubercule isolé comprimant la partie postérieure de la troisième frontale gauche. — On sait quelle est la méthode d'enseignement de M. Cornil : parler beaucoup aux yeux, montrer, lorsque faire se peut, les pièces elles-mêmes, les examiner avec un soin minutieux, compléter l'examen macroscopique par l'observation histologique que les élèves peuvent faire immédiatement après la leçon et enfin représenter, par des figures schématiques de grandes dimensions les moindres détails du sujet à l'étude. C'est ainsi que procède M. Cornil à l'Hôtel-Dieu, c'est dire tout ce que peuvent apprendre les élèves à une seule de ces instructives leçons.

Hospice de la Salpêtrière. — Ouverture du cours de M. J. Falret.

M. J. Falret a commencé le dimanche 7 novembre à 10 heures la série de ses conférences qui complètent si heureusement l'enseignement des maladies du système nerveux fait à la Salpêtrière. Après avoir parlé l'an dernier des formes nouvelles de l'aliénation mentale (délire des persécutions, folie circulaire, etc.), il traitera cette année plus particulièrement de la folie héréditaire, dont l'étude est plus que jamais à l'ordre du jour, des diverses formes de l'alcoolisme, des folies périodiques, des folies liées à l'hystérie, à l'épilepsie, aux traumatismes, etc... La première conférence, sortant un peu de ce programme, est consacrée à l'étude de la *responsabilité partielle*. M. Falret, après avoir exposé quelques considérations historiques sur la question, se déclare partisan résolu de l'irresponsabilité complète de l'aliéné. Le médecin-expert, sans s'occuper des questions psychologiques ou périodiques, doit simplement déclarer si l'individu sur l'état mental duquel il a à se prononcer est aliéné ou non. Et pour cela il faut un examen clinique des plus complets, pouvant seul conduire à un diagnostic exact. Si l'inculpé est atteint d'une affection pouvant rentrer dans le cadre des maladies mentales connues, il est irresponsable; sinon, la loi doit lui être appliquée sans réserves. La responsabilité partielle n'avait sa raison d'être qu'avec la théorie des anciennes monomanies dont la fausseté est aujourd'hui démontrée par les progrès de la science mentale. Cependant il est certains cas où la responsabilité partielle peut s'admettre ; ce sont les intermittences, les rémissions prolongées, les intervalles lucides, les périodes prodromiques et de convalescence ; puis certains états s'accompagnant de troubles intellectuels mal caractérisés, épilepsie, hystérie, apoplexie, aphasie, prédisposition. En somme, il nous semble que par suite de ces dernières restrictions, M. Falret se rapproche, plus qu'on ne l'aurait cru au premier abord, de l'opinion de ses adversaires qui n'invoquent justement la responsabilité partielle, la plupart du temps, que dans ces cas mal caractérisés.

Hôtel-Dieu : Ouverture du cours de M. Tillaux.

M. le Dr Tillaux a commencé le lundi 8 novembre ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu. Il est entré en matière sans aucun préambule et a présenté à ses auditeurs deux malades atteints de tumeurs du pharynx.

M. Tillaux ne s'égare jamais dans de hautes spéculations scientifiques, mais sa clinique, pour être simple, un peu terre à terre, n'en est pas moins bonne. A propos de chaque malade, il analyse soigneusement les symptômes de l'affection et s'en sert pour poser le diagnostic différentiel. Il est ainsi amené à rappeler la symptomatologie des maladies analogues, faisant repasser à l'auditeur une bonne partie de la pathologie que l'on pourrait appeler la pathologie pratique. C'est ainsi qu'au sujet d'un malade atteint d'une tumeur du pharynx, M. Tillaux a étudié les symptômes des *myxomes des fosses nasales*, des *tumeurs adénoïdes du pharynx*, des *polypes naso-pharyngiens*, des *fibro-myxomes* et a montré, en comparant les signes de ces affections aux accidents dont se plaignait son malade, pourquoi il fallait opter pour le diagnostic de polype naso-pharyngien, en établissant une réserve sur la possibilité d'un fibro-myxome.

Chemin faisant, M. Tillaux indique les procédés d'exploration qu'il juge les meilleurs, il rappelle les histoires de malades analogues déjà vus dans sa pratique et termine en posant nettement les indications opératoires, discutant

© BIU Santé

l'opportunité de l'intervention et les moyens à mettre en action. La méthode d'enseignement adoptée par M. Tillaux obtient un grand succès auprès des Étudiants qui affluent à son cours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 octobre 1886 — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Yves Delage résume ainsi les conclusions de son travail sur la *fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille interne.* — 1° Les canaux demi-circulaires ou l'utricule ne sont point l'organe spécial de nos sensations de translation; ce n'est point par eux que nous représentons l'espace avec ses trois dimensions, ce n'est pas à eux que nous devons d'en avoir acquis la notion : ils ne commandent pas les mouvements réflexes provoqués par l'impression auditive; ils ne constituent pas un sens de la direction qui nous permette, au milieu de nos pérégrinations dans l'espace, de retrouver à chaque instant la direction du point de départ; — 2° Ils ne contribuent à nous renseigner sur l'orientation de la tête et du corps qu'indirectement, et non par une sensation statique actuelle, mais par le souvenir du mouvement accompli et par leur action sur les mouvements des yeux; — 3° leur fonction véritable, à la fois sensitive et excito-motrice, est de nous renseigner sur les mouvements de rotation accomplis par notre tête, soit seule, soit avec le corps, et de provoquer par voie réflexe les mouvements des yeux compensateurs de ceux de la tête et les contractions musculaires correctrices, nécessaires pour assurer notre équilibre et la précision de nos mouvements généraux.

M. Ph. François donne la description d'un nouveau type de *Turbellariés*, le *Syndesmis*.

M. Giard étudie deux *Synascidies* nouvelles pour les côtes de France.

MM. Marion et Kowalevsky font l'anatomie d'un *Solenogastre*.

M. de Guerne a examiné les *Géphyriens* recueillis par la mission du cap Horn.

M. Léon Guignard adresse une note sur les *organes reproducteurs des hybrides végétaux*. L'étude microchimique de ces organes a permis à l'auteur d'apprécier l'état des ovules aussi exactement que celui du pollen. Si l'hybridité exerce réellement une influence délétère plus marquée sur l'organe mâle que sur l'organe femelle, ce dernier présente à cet égard des variations plus grandes qu'on ne l'avait pensé; les mêmes phénomènes doivent vraisemblablement se rencontrer chez les hybrides animaux. Les nouvelles recherches du savant professeur de Lyon ont, à cet égard, une portée générale que l'on ne saurait méconnaître.

Séance du 2 novembre 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Pasteur fait une nouvelle communication *sur la Rage*. La note qu'il présente est divisée en trois parties : la première comprend les résultats statistiques sur l'application de la méthode de prophylaxie de la rage depuis une année; la deuxième, l'exposé de certaines modifications à cette méthode; la troisième fait connaître les résultats d'expériences nouvelles sur les animaux (1).

Les expériences faites sur les animaux démontrent que le succès de la vaccination, après l'infection par trépanation, dépend de la rapidité et de l'intensité de cette vaccination. C'est pour avoir opéré trop lentement que M. de Frisch (de Vienne) a échoué dans ses expériences.

M. le Président remercie et félicite M. Pasteur de l'admirable constance avec laquelle il poursuit ses travaux :

« Toutes les grandes découvertes, dit-il, ont eu leurs « phases d'épreuves. Puisse votre santé résister à celles « qu'il vous a fallu subir! Si jamais vous sentiez chanceler « votre courage, rappelez-vous le bien que vous avez fait « et songez que l'humanité a encore besoin de vous. »

M. Brown-Séquard indique ses recherches expérimentales montrant combien sont variés et nombreux *les effets purement dynamiques* provenant d'influences exercées sur l'encéphale par les nerfs sensitifs et sur les nerfs moteurs par les centres nerveux. De ses nombreuses expériences, il conclut que tous les nerfs moteurs et presque toutes les parties excitables des centres nerveux peuvent avoir des modifications très notables de leur excitabilité, sous l'influence d'irritations lointaines, même peu considérables de la plupart des parties du système nerveux.

M. Yves Delage a déterminé une *nouvelle fonction des otocistes chez les Invertébrés*. Ces organes sont assimilables au labyrinthe des animaux supérieurs.

M. Hénocque étudie *l'hématoscopie*, nouvelle méthode d'analyse du sang basée sur l'emploi du spectroscope. Elle comprend deux modes d'observation : 1° la détermination de la quantité d'oxyhémoglobine au moyen d'*hématoscopes*; 2° l'évaluation de la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine par l'examen spectroscopique à travers l'ongle du pouce. Le rapport entre ces deux données sert de mesure à l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire à l'énergie de la consommation de l'oxygène par les tissus.

M. Guido Tizzoni a étudié *la physiologie pathologique des capsules surrénales*. Les symptômes accusent une origine cérébro-bulbaire. Les lésions consistent dans des foyers hémorrhagiques de la substance grise médullaire au niveau des cornes antérieures. Dans le cas où la mort a été tardive, on trouve des altérations à marche descendante dont l'origine est probablement dans les vaisseaux sanguins qui se rompent.

MM. Onimus et Larat décrivent les *contractions déterminées par les courants de polarisation des tissus vivants*. Ces contractions ne diffèrent pas sensiblement de celles que l'on obtient avec le courant direct (1).

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 octobre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Pouchet rapporte que, dans certains viviers à langoustes de Concarneau, il sévit sur les animaux une maladie à caractère endémique qui cause de grands ravages. Les pêcheurs ont signalé dans les articles à la queue des langoustes des excroissances, sortes de loupes dont ils ont fait le siège de la maladie présumée. Ces lésions se retrouvent également chez les animaux pêchés en pleine mer, aux environs de l'île de Sein et destinés à peupler ultérieurement les viviers. L'examen le plus minutieux n'a pas permis de découvrir dans cette altération le siège d'une maladie épidémique quelconque; des recherches ultérieures sont d'ailleurs nécessaires pour élucider cette question encore à l'étude.

MM. Onimus et Larat présentent une série de tracés enregistrant les contractions déterminées dans les muscles de grenouille par les courants de polarisation du corps humain. Une première série d'expériences a consisté à galvaniser de l'eau ordinaire, puis à faire passer à travers les muscles gastro-cnémiens d'une grenouille, le courant déterminé par l'électrolyse de cette eau. Les expérimentateurs, au moment du contact et des interruptions de courant, ont enregistré une série de secousses musculaires très nettes, analogues à celles fournies par le courant direct. Dans une seconde série d'expériences ils ont fait agir le courant de pile sur les membres de l'un d'eux, et en recueillant le courant secondaire de polarisation ainsi engendré dans l'intimité des tissus, ils ont également obtenu des contractions qui se sont prolongées quelques instants après la cessation du courant direct. L'importance de cette constatation tient surtout à ce qu'elle confirme d'une façon indiscu-

(1) Voir les détails de cette communication à l'*Académie de médecine*, p. 996.

(1) Voir *Société de biologie*, même page.

© BIU Santé

table l'opinion de Matteucci; Becquerel, Legros et Onimus au sujet du mode d'action de l'électricité dans les tissus vivants et qu'elle démontre les causes d'erreur de la théorie de l'électrotonus soutenue par Erb, Dubois-Reymond et toute l'école allemande.

M. Dupuy rapporte des expériences confirmatives de la théorie qu'il a déjà soutenue, à savoir que les lésions de l'écorce cérébrale produisent des paralysies d'ordres divers.

Séance du 6 novembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Babinski, dans une communication récente à la Société de psychologie physiologique, a établi que certaines manifestations hystériques pouvaient être transmises sous l'influence de l'aimant d'un sujet à un autre sujet, ceux-ci étant même placés à une certaine distance l'un de l'autre. L'auteur a poursuivi ses recherches et a pu obtenir, dans un cas d'hémiplégie survenue après une attaque, la disparition de la paralysie, à la suite de quatre expériences consécutives. Il existe donc là une méthode de traitement.

Il a fait, d'autre part, de nouvelles recherches qui montrent que les manifestations hystériques ne sont pas seules capables d'être transmises. Il a pu transmettre à deux hystériques, plongées dans la période somnambulique du grand hypnotisme, certains phénomènes, tels que paralysie, tremblement, etc., liés à des altérations organiques du système nerveux. Dans ces expériences, faites dans le service de M. Charcot, toutes les précautions ont été prises pour qu'il soit impossible d'invoquer la suggestion ou la simulation.

M. Straus rappelle que M. Arloing a étudié l'influence néfaste des rayons solaires sur les spores du *bacillus anthracis*. Dans les conditions d'expérience où s'était placé cet auteur, il semblait que les spores fussent beaucoup moins résistantes que les mycéliums, ou la bacille adulte, ce qui était contraire à la généralité des faits observés. M. Straus a institué des expériences de contrôle guidé, du reste, par cette idée émise par MM. Duclaux et Nocard que les rayons solaires agissent beaucoup plus sur la germination des spores que sur les spores elles-mêmes. Les résultats qu'il a obtenus ont été confirmatifs de la théorie qui veut que les éléments jeunes soient beaucoup plus vulnérables que les éléments adultes, dans une même espèce.

M. Duclaux confirme les expériences de M. Strauss; il lui demande seulement l'âge des spores dont il s'est servi, car les spores vieilles germent beaucoup moins vite que les spores jeunes.

M. Straus s'est servi de spores âgées de deux à trois mois.

M. Chauveau remarque que, comparativement à la vitalité des spores, deux à trois mois constituent un laps de temps relativement court; au bout de 7 à 8 ans et plus, les spores peuvent encore parfaitement germer.

M. Déjerine rappelle qu'il a décrit avec M. Landouzy la myopathie atrophique progressive, *myopathie atrophique de l'enfance* de Duchenne. Ces malades présentent divers types, parmi lesquels le facio-scapulo-huméral est le plus fréquent. Le type scapulo-huméral existe également, mais lorsque la maladie a duré longtemps; il y a tout lieu de penser que ce type n'est pas pur. L'auteur a eu l'occasion de faire récemment l'autopsie d'un homme de 66 ans malade depuis de longues années. Il a noté les particularités suivantes : Les muscles de la main et de l'avant-bras étaient indemnes; il n'avait pas, au point de vue clinique, existé de mouvements fibrillaires qui font toujours défaut dans cette forme d'atrophie; de même il n'existait pas de réaction de dégénérescence. Le système nerveux central et périphérique était intact. L'examen des muscles a révélé des particularités bien étudiées par Houltze, de Heidelberg, dans un cas analogue. Il existait une atrophie simple de la fibre musculaire primitive sans dégénération graisseuse; d'autre part certaines fibres du même muscle non seulement étaient restées saines mais encore avaient quadruplé de volume. Il existait là une myosite hypertrophique et comparativement atrophique dont on trouvait les traces dans les nombreux noyaux qui tapissaient le myolemme.

Enfin les muscles de la face qui cliniquement paraissaient sains étaient anatomiquement altérés, comme les autres muscles de l'économie, ce qui doit mettre en suspicion légitime le type scapulo-huméral pur.

M. Ch. Richet a étudié le degré d'acidité et de basicité de l'eau dans laquelle pouvaient vivre les poissons. Il expose, en outre, le plan d'une balance enregistrante graduée avec des variations de poids de 0,05 centig.

M. Hénocque parle du *dosage de l'hémoglobine dans l'état de santé*.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture, au nom de M. Pasteur, empêché, *d'une nouvelle communication sur la rage*, que, vu son importance, nous reproduisons intégralement :

Le 26 octobre 1885, j'ai fait connaître à l'Académie une méthode de prophylaxie de la rage par morsure. Des applications nombreuses sur les chiens m'avaient autorisé à la tenter sur l'homme. Dès le 1er mars, 350 personnes mordues par des chiens dûment enragés, quelques-unes par des chiens seulement suspects de rage, avaient été traitées à mon laboratoire par le Dr Grancher. En présence des résultats heureux que nous avions obtenus, la création d'un établissement vaccinal contre la rage m'avait paru nécessaire. Aujourd'hui, 31 octobre 1886, 2,490 personnes sont venues subir, à Paris, des inoculations préventives de la rage. Le traitement a d'abord été uniforme pour la grande majorité des mordus, malgré les conditions diverses d'âge, de sexe, du nombre de morsures, du siège de celles-ci, de leur profondeur et du temps écoulé entre le moment des morsures et le début du traitement. Le traitement était de dix jours; chaque jour, la personne mordue recevait une injection de moelle de lapin, en commençant par la moelle du quatorzième jour et en finissant par la moelle du cinquième jour. Ces 2,490 personnes se classent ainsi par nationalité : Angleterre, 80; Autriche, 52; Allemagne, 9; Belgique, 57; Espagne, 107; Grèce, 10; Hollande, 14; Italie, 165; Portugal, 25; Russie, 191; Indes, 2; Roumanie, 22; Turquie, 7; Suisse, 2; Etats-Unis, 18; Brésil, 3; France et Algérie, 1726. Le nombre des Français était considérable, puisqu'il est de 1,700; nous pouvons nous borner à discuter l'efficacité de la méthode, en ne considérant que les faits relatifs à cette catégorie de mordus. Sur ces 1,700 traités, il en est 10 pour lesquels le traitement a été inefficace. Ce sont : les enfants Lagut, Peytel, Clédière, Moulis, Astier, Videau, la femme Leduc (soixante-dix ans), Marius Bouvier (trente ans), Clergot (trente ans), Norbert Magnevon (dix-huit ans). Je mets à part deux autres personnes : Louise Pelletier et Moermann, dont la mort doit être attribuée à leur arrivée tardive au laboratoire : Louise Pelletier, trente-six jours; Moermann, quarante-trois jours après leurs morsures. 10 morts sur 1,700, 1 pour 170, tel est, pour la France et l'Algérie, le résultat de la méthode dans sa première année d'application. Prise en bloc, cette statistique démontre l'efficacité de la méthode, efficacité démontrée également par les morts, relativement très nombreuses, des personnes mordues non vaccinées. On peut, certes, affirmer que parmi les Français mordus pendant cette année 1885-1886, bien peu ne sont pas venus au laboratoire de l'Ecole normale. Eh bien! sur cette faible minorité, il y a, à ma connaissance, 17 cas de mort par rage. Le document suivant s'ajoute à tous les faits de notre statistique : le nombre des personnes qui meurent de la rage, à Paris, est très rigoureusement connu pour les hôpitaux, surtout depuis cinq ans. Par ordre du préfet de police, tout cas de rage qui se présente dans les hôpitaux de Paris est immédiatement signalé par le directeur de ces hôpitaux à M. le docteur Dujardin-Beaumetz, membre du Conseil d'hygiène et de la salubrité de la Seine, qui est chargé de faire une enquête suivie d'un rapport au Conseil. On sait ainsi, pertinemment, que, dans les cinq dernières années, 60 personnes sont mortes de la rage dans les hôpitaux de Paris : en moyenne, 12 par an. Aucune année, d'ailleurs, n'a été exempte de morts plus ou moins nombreuses. L'an dernier, il y en a eu 21. Or, depuis le 1er novembre 1885, que fonctionne la méthode préventive de la rage à mon

© BIU Santé

laboratoire, il n'est mort de la rage, dans les hôpitaux de Paris, que 2 personnes toutes 2 non inoculées et une troisième, qui l'avait été, mais non par les traitements intensifs répétés, dont je vais parler dans un moment.

Si l'on étudie les faits qui précèdent, on voit que le plus grand nombre de ceux qui ont succombé malgré le traitement, sont des enfants et ont été mordus à la face. Ces enfants ont subi le traitement simple. Or, j'ai acquis la conviction que ce traitement, surtout pour des morsures de ce genre, risque d'être insuffisant. Malheureusement cette conviction n'a pu être acquise que tardivement, de longs délais étant nécessaires pour conclure, à cause de la durée exceptionnelle de certaines incubations de rage. L'histoire des Russes de Smolensk a été un premier enseignement. Lorsque nous vîmes mourir, à l'Hôtel-Dieu, 3 de ces 19 Russes mordus par un chien enragé, le premier en plein traitement, les deux autres quelques jours après la fin de leur traitement, le docteur Grancher et moi nous fûmes très troublés. Les 16 autres allaient-ils donc succomber à la rage ? La méthode était-elle impuissante contre la rage du loup ? Nous souvenant alors que tous les chiens que j'avais vaccinés avec succès avaient reçu, en dernière inoculation préservatrice, une moelle virulente extraite le jour même et que le premier vacciné, J. Meister, avait terminé son traitement par une moelle extraite la veille, nous avons fait subir un second et un troisième traitement aux 16 Russes qui restaient, en allant jusqu'aux moelles les plus fraîches, celles de 4, de 3 et de 2 jours. C'est à ces traitements répétés qu'il faut attribuer très vraisemblablement la guérison de ces 16 Russes. Une dépêche reçue ce matin m'annonce qu'ils sont toujours en bonne santé. Encouragé par ces résultats et par de nouvelles expériences que j'exposerai tout à l'heure, j'ai modifié le traitement en le faisant à la fois plus rapide et plus actif, pour tous les cas, et plus rapide encore, plus énergique pour les morsures de la face ou pour les morsures profondes et multiples des parties nues. Aujourd'hui, dans les cas de blessures au visage ou à la tête, et pour les blessures profondes aux membres, nous précipitons les inoculations, afin d'arriver promptement aux moelles les plus fraîches. Le premier jour, on inoculera, par exemple, les moelles de 12, de 10, de 8 jours, à 11 heures, à 4 heures et à 9 heures ; le deuxième jour, les moelles de 6, de 4, de 2 jours, aux mêmes heures ; le troisième jour, les moelles de un jour. Puis le traitement est repris ; le quatrième jour, par moelles de 8, de 6, de 4 jours; le cinquième jour, par moelles de 3 et de 2 jours ; le sixième jour, par moelle d'un jour ; le septième jour, par moelle de 4 jours ; le huitième jour, par moelle de 3 jours ; le neuvième jour, par moelle de 2 jours ; le dixième jour, par moelle d'un jour. On fait ainsi trois traitements en dix jours et en conduisant chacun aux moelles les plus fraîches. Si les morsures ne sont pas cicatrisées, si les personnes mordues ont tardé de venir au traitement, il nous arrive, après des intervalles de repos de deux à quelques jours, de reprendre de nouveau ces mêmes traitements et d'atteindre les périodes de quatre à cinq semaines, qui sont les périodes dangereuses pour les enfants mordus à la face. Depuis deux mois, ce mode de vaccination fonctionne pour les grièvement mordus, et les résultats sont jusqu'ici très favorables. Qu'il me suffise, pour en donner la preuve, de tenir compte des circonstances de morsure et d'inoculations de six enfants que le traitement simple n'a pas préservés ; et de celles qui sont relatives à dix enfants aussi grièvement mordus au mois d'août dernier, et ayant reçu le traitement intensif.

Comme il est rare que la période dangereuse dépasse, pour les enfants mordus au visage et à la tête, la durée de quatre à six semaines, j'ai la confiance que ces dix enfants sont dès à présent hors des atteintes de la rage. Ce nouveau traitement a exigé une extension du service de la rage. M. le Dr Terrillon, agrégé de la Faculté, M. le Dr Roux, sous-directeur de mon laboratoire, M. le Dr Chantemesse, médecin des hôpitaux, et M. le Dr Charrin, nous ont apporté, au Dr Grancher et à moi, leur collaboration la plus dévouée.

Il me reste à faire connaître à l'Académie les résultats de nouvelles expériences sur les chiens. On pouvait objecter à la pratique habituelle des vaccinations de l'homme *après* morsure, fondée sur la vaccination des chiens *avant* morsure, que l'immunité des animaux n'avait pas été suffisamment démontrée après leur infection certaine par le virus rabique. Pour répondre à cette objection, il suffit de produire l'état réfractaire des chiens après trépanation et inoculation intra-crânienne du virus de la rage des rues. La trépanation est le mode d'infection le plus certain et ses effets sont constants. Mes premières expériences sur ce point remontent au mois d'août 1885. Le succès avait été partiel. Dans le cours de ces derniers mois, j'ai repris ces expériences aussitôt que le service de la rage m'en a laissé le loisir. Voici les conditions de leur réussite : la vaccination doit commencer peu de temps après l'inoculation, dès le lendemain, et l'on doit y procéder rapidement, donner la série des moelles préservatrices en vingt-quatre heures et même dans un délai moindre, puis répéter, de deux en deux heures, le traitement une ou deux fois. Si le Dr de Frisch (de Vienne) a échoué dans des expériences de ce genre, cet échec est dû à la méthode de vaccination lente qu'il a adoptée. Pour réussir, il faut, je le répète, procéder rapidement, vacciner les animaux en peu d'heures, puis les revacciner. On pourrait formuler ainsi les conditions de réussite ou d'échec de ces expériences : le succès de la vaccination des animaux, après leur infection par trépanation, dépend de la rapidité et de l'intensité de la vaccination.

L'immunité conférée dans de telles conditions est la meilleure preuve de l'excellence de la méthode.

M. Bergeon (de Lyon) fait la lecture d'un travail sur les *lavements gazeux dans les cas de laryngite aiguë simple, de laryngite tuberculeuse et d'ulcérations des voies respiratoires*. De l'ensemble de ce travail, il résulterait que les lavements gazeux sont très efficaces contre ces diverses affections, qu'ils amélioreraient tout au moins d'une façon manifeste. Il en serait de même dans la phthisie aiguë, où ces lavements gazeux influeraient heureusement sur les phénomènes généraux, propres à cette forme grave de la tuberculose. Ce travail est renvoyé à une commission académique, composée de MM. Hérard, C. Paul et Cornil.

Séance du 9 novembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. Colin (d'Alfort), à l'occasion de la dernière communication de M. Pasteur sur les *vaccinations rabiques*, vient discuter les résultats statistiques produits par ce dernier. En un an, 2,400 individus sont venus rue d'Ulm, à l'effet de faire traiter leur morsure d'animaux enragés. M. Colin se demande si ces 2.400 individus, dont 1.700 français, ont été réellement mordus par des chiens enragés ; il ne le pense pas, car on a trop de tendance à admettre qu'un chien est enragé par cela même qu'il a donné un coup de dent. La certitude ne devrait être admise qu'au vu de l'animal vivant, malade et surtout mourant paralysé, quelques jours après les premiers symptômes rabiques. Aussi faut-il, tout en commençant, déduire des animaux donnés comme enragés, un nombre considérable mais non déterminé de non-enragés ; il faut également déduire du nombre des personnes mordues un chiffre considérable représentant les mordus, pour le compte desquels les résultats du traitement antirabique ne prouve rien.

La statistique du ministère de l'agriculture donne, du 1er octobre 1885 au 1er octobre 1886, 351 personnes mordues. D'après cette statistique, il y a plus d'animaux mordants que de personnes mordues. Il y a loin de ce nombre 351 à celui que donne la statistique des individus soumis aux injections antirabiques ; l'écart est de plus de 1.000. Au point de vue de la valeur du traitement, il faut retrancher de ce nombre celui des individus mordus par des chiens non enragés, chiens qu'on a cru rabiques ou déclarés tels d'après de vagues indices. De plus, tous les individus mordus par des chiens enragés ne contractent pas la rage, quoiqu'ils ne soient soumis à aucun traitement. Aux deux défalcations précédentes qui réduisent déjà beaucoup le nombre des individus à traiter, il faut en ajouter

© BIU Santé

une troisième fort importante, celle des sujets assez bien cautérisés pour éviter les suites des morsures. A cette cautérisation, mieux pratiquée aujourd'hui qu'autrefois et sur la presque totalité des sujets mordus, il faut, en bonne logique, pour être juste, rapporter une grande partie des cas de préservation mis à l'actif de la vaccination rabique. Si on additionne les sujets des trois groupes à déduire de la somme totale des sujets traités, il reste les sujets pour lesquels la vaccination ou un autre traitement pourrait être utile. La détermination du nombre de ce dernier groupe est tout trouvé, c'est celui des mordus qui mouraient annuellement avant l'emploi du traitement de M. Pasteur. Ce nombre serait d'une trentaine par an. Il devrait être augmenté si celui des animaux enragés s'était accru et il devrait être réduit si, ce qui est très probable, le traitement par la cautérisation était mieux appliqué qu'autrefois. En admettant que le nombre des condamnés à mort à la suite des morsures rabiques soit, en moyenne, de 30, nous arrivons à porter à 18 ou à 20 celui des sujets que la vaccination a graciés. Si les résultats du traitement de M. Pasteur paraissent démontrer son efficacité dans un certain nombre de cas, ils prouvent aussi que ce traitement échoue souvent. M. Pasteur signale 10 ou 12 cas parmi les français; on en compte 34 à l'étranger.

M. Colin estime que la méthode des inoculations rabiques n'a pas la sûreté qu'on a voulu lui attribuer dès le début, et il regrette qu'on n'ait pas, dès les premiers moments, fixé sa valeur par l'expérimentation sur les animaux. Bien plus, M. Colin n'a jamais cru à cette infaillibilité du traitement, surtout en présence des inoculations préventives concernant les maladies charbonneuses. Relativement à la rage, la vaccination ne paraît pas exposer aux dangers qu'entraîne souvent celle du charbon. Toutefois, avec les vaccinations intensives, coup sur coup, on ne voit pas pourquoi elles ne pourraient faire quelquefois renaître la rage, comme les vaccins charbonneux font renaître le charbon. Certains pourraient penser, non sans vraisemblance, que de tels accidents sont déjà arrivés à l'insu des vaccinations et de tout le monde. En effet, si parmi ces 10, 12 ou 34 sujets morts jusqu'ici de la rage, malgré le traitement, il s'en trouvait dont les morsures n'étaient pas rabiques ou sur lesquels la cautérisation avait complètement détruit la matière virulente, ne serait-il pas certain que la rage leur aurait été communiquée par les injections préventives?

M. Cornil donne lecture de son *rapport sur le prix Herpin*.

M. Vidal lit un *rapport* officiel sur le service des *eaux minérales*.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 juin 1886. — Présidence de M. Cornil.

11. M. Chantemesse présente le poumon d'un homme de 52 ans qui était atteint d'une carie de la cloison du nez, d'origine syphilitique et datant de quinze ans. Depuis cinq ou six ans, cet homme toussait et avait l'haleine fétide. A son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, on constata des signes de *phtisie pulmonaire*, mais on songea à des lésions *syphilitiques*. Il mourut, et à l'autopsie on ne trouva pas de tubercules dans les poumons; ces organes présentaient à leurs sommets des cicatrices déprimées et rayonnées. Au niveau de la bifurcation des bronches, on trouva une nodosité du volume d'une noix, ramollie à son centre et répandant l'odeur gangréneuse. Sa cavité communique avec une bronche par un petit orifice. Il y avait en outre une broncho-pneumonie avec petits abcès; dans le pus de ces abcès, de même que dans le foyer gangréneux, on trouve des micro-organismes de la bouche.

M. Cornil. Le foyer ganglionnaire ouvert dans les bronches a probablement infecté le poumon. Le pus évacué dans les canaux aériens a été aspiré dans les efforts de toux jusque dans les petites bronches et les alvéoles, et y a développé une *péribronchite gangréneuse*.

12. M. Forgue communique à la Société le résultat des recherches qu'il a entreprises pour sa thèse d'agrégation sur le *microbe de la septicémie gangréneuse*. Ses expériences confirment en tous points celles de MM. Arloing et Chauveau; le matériel lui a du reste été fourni par ces auteurs Quoique desséché depuis trois ans, le virus injecté aux cobayes les tua en 15 ou 20 heures. Les symptômes consistèrent en somnolence, emphysème et infiltration, au voisinage de la piqûre, par de la sérosité mousseuse. Cette sérosité contient une forme bacillaire courte; le liquide épanché dans le péritoine ou la plèvre renferme des filaments vibrioniens beaucoup plus longs et articulés. Il n'en existe pas dans le sang. — Deux expériences sont personnelles à l'auteur : dans la première, il constate qu'une injection présternale ne produit pas de réaction différente dans les membres inférieurs lorsque le sciatique de l'un d'entre eux a été préalablement coupé. Dans une seconde expérience, il injecte en même temps que le virus une solution de glucose, pour imiter grossièrement les conditions où se trouvent les diabétiques. Le résultat n'est pas différent, si ce n'est que les bulles de gaz qui se produisent sont un peu plus abondantes. Le microbe ne résiste pas à une température de 100 à 110°; l'acide phénique, inactif à froid, le tue à 30 ou 35°; l'iodoforme ne paraît pas aussi inactif qu'on l'a dit.

M. Cornil voudrait qu'on fît l'étude comparative de la septicémie gangréneuse, de la septicémie de Pasteur, de l'œdème malin de Koch et du microbe saprogène n° 3 de Rosenbach.

13. Tuberculose de la mamelle simulant un carcinome; par A. Soupley, interne provisoire des hôpitaux.

Le 5 juin, entre dans le service de M. le professeur Verneuil la nommée Albertine V..., cuisinière.

Cette femme est âgée de 29 ans. Elle est robuste et ne présente ni traces de scrofule, ni traces de syphilis. Elle est bien réglée depuis l'âge de 15 ans et n'a jamais été malade dans son enfance. Cependant, entre 15 et 21 ans, elle a subi trois attaques légères de rhumatisme articulaire aigu; en outre, elle a eu il y a cinq ans une pleurésie gauche, qui guérit d'ailleurs en un mois. Ses antécédents sont nuls; ses parents, âgés de 71 et 69 ans, sont bien portants, et les deux frères qu'elle a perdus ne semblent pas être morts de tuberculose. Elle est accouchée en juillet 1879 et en septembre 1881 d'enfants bien portants, qu'elle n'a pas nourris. Il est à noter que c'est à dater de cette dernière couche qu'elle aurait remarqué une rétraction progressive du mamelon gauche, qui est complète au moment où nous observons la malade. Enfin, au mois de février de cette année, elle s'aperçoit d'une petite tumeur du sein, qui la détermine à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate dans la partie interne de la glande mammaire une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tuméfaction ne semble pas, au dire de la malade, s'être notablement accrue depuis le moment où elle fut reconnue pour la première fois; elle n'a jamais déterminé de douleurs. Mais ce qui frappe, c'est sa consistance dure, c'est sa surface légèrement bosselée, c'est son adhérence à la peau. Enfin, un examen attentif de la région axillaire fait découvrir deux ou trois petits ganglions du volume d'un petit pois. L'auscultation ne révèle aucune lésion au sommet des poumons; de même, l'examen des autres appareils est négatif.

En présence de l'ensemble de ces caractères, M. Verneuil pose le diagnostic de *carcinome* et décide de faire l'ablation totale de la glande, ainsi que des ganglions axillaires.

L'opération a eu lieu aujourd'hui 11 juin. M. Verneuil, avant de procéder à l'enlèvement, pratique, comme il a coutume de le faire chaque fois qu'il opère un néoplasme mammaire, une incision portant directement sur la tumeur; cette incision permet de vérifier par un examen macroscopique rapide le diagnostic porté. — A peine incisée, la tumeur se vide et donne issue à un liquide moitié

© BIU Santé

séreux, moitié caséeux, qui se répand dans la plaie. On a sous les yeux une cavité irrégulièrement anfractueuse, recouverte d'une coque fibreuse assez épaisse. En présence de cette constatation, M. Verneuil affirme qu'il s'agit d'une tuberculose de la mamelle et termine l'opération en enlevant seulement la portion de la glande adjacente à la poche, sans avoir besoin de prolonger l'incision vers l'aisselle.

Il est à remarquer combien, dans cette circonstance, le diagnostic était entouré de difficultés. En effet, la malade présentait réunis, si on fait abstraction de son âge où cette affection est très rare, tous les signes qui caractérisent le carcinome du sein.

Examen histologique par M. le professeur Cornil. — Les coupes, comprenant la paroi de l'abcès caséeux, montrent à la surface de l'abcès une membrane tomenteuse, ayant la structure du tissu de bourgeons charnus. Il existe un grand nombre de vaisseaux capillaires dilatés, pleins de sang, entourés d'un tissu conjonctif lâche et de cellules rondes migratrices. On y trouve aussi, sur toutes les coupes, un certain nombre de cellules géantes. Dans les parties que j'ai examinées, il n'y avait pas de tubercules caséeux ni de granulations tuberculeuses évidentes. Sur six coupes colorées en vue de rechercher les bacilles de la tuberculose, je n'en ai point rencontré.

14. Endocardite végétante. — Broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë ; par M. Roustan, interne provisoire.

Le nommé Carp...., Joseph, âgé de 33 ans, exerçant la profession de garçon marchand de vin, entre, le 8 mai, dans le service du Dr Barié, à l'hôpital Broussais, salle Delpech, lit n° 13. Ce malade, n'ayant aucune tare héréditaire, mais profondément alcoolique, éprouvait depuis une dixaine d'années, de fréquents accès d'oppression, avec toux et expectoration parfois striée de sang. En 1871, première et unique attaque de rhumatisme aigu généralisé, de faible intensité ; en 1877, pneumonie gauche, qui traîna en longueur ; en 1885, nouvelle pneumonie, très intense, accompagnée d'hémoptysies abondantes, qui s'améliora lentement, laissant au bout de quelques semaines, le malade dans un état de santé relativement bon. Les choses en étaient là lorsque le 1er mai dernier, à la suite d'un refroidissement, le malade fut pris de frisson violent, avec courbature et point de côté, vomissements bilieux et toux. A son entrée dans le service, le 8 mai, les signes stéthoscopiques étaient ceux d'une pneumonie du sommet droit. Il existait, en effet, dans toute l'étendue de la fosse sus et sous-épineuse droite, un souffle tubaire très prononcé, entouré d'une couronne de râles crépitants, avec bronchophonie, submatité à la percussion et légère augmentation des vibrations thoraciques. L'expectoration était composée mi-partie de crachats adhérents et de coloration sucre d'orge, mi-partie de crachats mousseux et mucoso-purulents. Les bruits du cœur étaient bien frappés, réguliers, nets, sauf un léger prolongement de la systole perceptible vers la pointe. Le foie était volumineux, dépassant le bord inférieur des côtes de 7 cent. environ et douloureux au toucher. Les urines épaisses et sédimenteuses ne contenaient pas d'albumine. La température, le soir du premier jour, atteignait 39°. Le pouls était plein et régulier. Traitement : Six ventouses scarifiées en arrière de l'omoplate. — Ventouses sèches. — Todd. — Potion calmante. — Bouillon et lait.

Etant donné le bon état relatif de la santé antérieure du malade, celui-ci fut considéré comme atteint d'une pneumonie du sommet, avec restriction sur la genèse et la nature du processus morbide.

Dans la nuit du 10 au 11, survint un brusque abaissement de la température, qui atteignait, au matin, 37° 4. Mais bientôt après un léger semblant d'amélioration dans l'état général, la température remontait; en même temps, les signes stéthoscopiques semblaient s'accentuer davantage. Le poumon gauche faisait entendre des râles ronflants et sibilants dans toute sa hauteur, avec râles muqueux disséminés par places, surtout à la base. Le malade, pris de délire tranquille la nuit, resta les quinze derniers jours de sa maladie, dans un état de prostration habituelle. La température très élevée oscilla entre 38° et 40°, avec grandes rémissions matinales présentant, en un mot, le type quotidien de la fièvre tuberculeuse. L'oppression était vive ; l'amaigrissement faisait des progrès rapides. Enfin la mort arriva dans la nuit du 8 au 9 juin, dans l'asphyxie. Chose remarquable, vers le dixième jour de l'entrée du malade dans le service, le prolongement systolique de la pointe s'était rapidement transformé en un véritable souffle à timbre doux, puis de plus en plus rude, finalement revêtant le caractère râpeux et sibilant. Il s'était donc là développé, sous nos yeux, parallèlement à la phlegmasie pulmonaire, une endocardite.

Autopsie. — Le poumon droit présente à l'œil nu toutes les lésions de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Le sommet forme un bloc compacte d'hépatisation rouge et grise, avec cinq ou six îlots de granulations grises de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Ces îlots sont situés sous la plèvre, adhérente et épaissie à leur niveau. Deux ou trois tubercules crétacés, de la grosseur d'une noisette, existent à la partie supérieure. Le reste du parenchyme est infiltré de nombreuses granulations grises. Pas de cavernes, pas de substance caséeuse. Le poumon gauche est également congestionné, mais à un degré moindre. Quelques granulations grises sont disséminées dans son épaisseur. Le cœur a un volume normal.

A l'ouverture du ventricule gauche, rempli de caillots cruoriques et fibrineux, on aperçoit, sur les deux valves de la mitrale, deux énormes masses végétantes, faisant saillie du côté de la cavité de l'oreillette. Leur volume est tel que l'orifice auriculo-ventriculaire est fermé par leur rapprochement. On se demande comment la circulation dans l'intérieur des cavités du cœur, a pu se maintenir pendant un aussi long temps. Ces végétations, de la grosseur d'une noix de moyenne dimension, sont accolées l'une à l'autre, adhérentes au bord libre de la valvule, ainsi qu'aux cordages tendineux des piliers, assez près de leur origine. Leur couleur est gris jaunâtre, leur surface est rugueuse et leur consistance assez ferme. A la coupe, la masse végétante semble formée de deux parties. Une coque, épaisse de quelques millimètres, résistante, probablement formée par des dépôts de la fibrine du sang. Au centre, une substance jaunâtre, molle, pulpeuse, rappelant un peu la substance caséeuse. Dans le ventricule droit, sur la valve antérieure de la tricuspide, masse végétante, offrant le même aspect et le même volume. Enfin, remarque assez curieuse, l'artère pulmonaire possédait quatre valvules, dont une très petite et percée à son centre d'un orifice lisse et uni, comme fait à l'emporte-pièce, ayant la dimension d'une grosse tête d'épingle.

Le foie est volumineux, pèse 2 kilogrammes. Il crie sous le scalpel et présente à l'œil nu tous les caractères de la cirrhose graisseuse. La rate pèse 600 grammes. Elle est molle, diffluente, présentant à la périphérie trois noyaux gris jaunâtre, du volume d'une grosse noix, lisses à la coupe, entourés d'une zone noirâtre, épaisse de 5 à 6 millimètres. Du côté des reins il existe 5 ou 6 infarctus semblables. La pie-mère crânienne est très épaisse et vascularisée avec de nombreux exsudats le long des vaisseaux de la convexité, rien à la base ; à l'œil nu, on ne distingue pas trace de tubercules.

D'après l'examen macroscopique, l'hypothèse d'une endocardite d'origine tuberculeuse a été émise ; cependant, à l'œil nu, les végétations revêtent absolument l'aspect de celles observées dans le cours des simples phlegmasies végétantes de l'endocarde. En tout cas, il s'agit bien là d'un processus infectieux, avec manifestations emboliques du côté des viscères.

Examen histologique, par M. le professeur Cornil. — Les coupes des végétations des valvules ont été faites sur de larges fragments et comprennent une grande étendue des végétations. Les coupes ont été colorées, les unes par le procédé d'Ehrlich, décolorées ensuite par l'acide nitrique, pour chercher les bacilles de la tuberculose ; les autres,

© BIU Santé

par la méthode de Gram, pour déceler la présence des microcoques. Sur la première série de préparations, en examinant huit coupes différentes, je n'ai vu aucun organisme coloré, pouvant être regardé comme bacille de la tuberculose. Sur la seconde, on voit une quantité considérable de microbes ronds ou ovoïdes, les uns isolés, les autres en chaînettes de 2, 3, 4 éléments. Ces micro-organismes siègent surtout à la surface des végétations, dans les couches de fibrine ou de tissu embryonnaire qui existent à la surface de ces végétations. Ils se trouvent tout particulièrement entre les fibres et dans les petits espaces entourés de fibres de fibrine, espaces généralement arrondis et pleins de ces parasites. Les microbes ovoïdes peuvent être rapportés à la pneumonie. En effet, on constate leur forme en fer de lance, et lorsque plusieurs sont disposés en chaînettes, les pointes des ovoïdes sont au contact les unes des autres. Il y a, de plus, des microbes en chaînettes qui paraissent appartenir au streptococcus; on ne peut l'affirmer en dehors des cultures qui n'ont pas été faites. Il résulte de cet examen que l'endocardite végétante actuelle, très intense, a été causée par la pénétration dans le sang des bactéries de la pneumonie et des microbes de l'inflammation qui se trouvaient évidemment dans les poumons.

15. Sur les formes de division des noyaux et des cellules en trois ou quatre cellules par Kariokinèse; par M. le professeur Cornil.

J'ai examiné les figures de Kariokinèse, dans deux tumeurs, l'une se rapportant à un épithéliome papillaire du sinus maxillaire, enlevé, il y a dix-huit mois, par M. Verneuil; l'autre constituée par un épithéliome kystique, enlevé il y a deux mois environ par M. Terrillon.

Dans ces deux tumeurs, j'ai pu constater la division des grosses cellules épithéliales en trois cellules, par le procédé de la division indirecte ou Kariokinèse, et suivre les diverses phases de cette division. Ces cellules présentent, au début du processus, une tuméfaction globuleuse et la substance chromatique du noyau se dispose au centre du noyau, en une figure étoilée plus ou moins régulière, formée par des grains et des filaments formés de grains, qui s'éloignent, en général, du centre à la périphérie. La substance chromatique est fortement colorée par la safranine ou par l'hématoxyline. Cette étoile colorée est assez souvent très développée, formée de très nombreux filaments et grains, si bien que le noyau, ainsi modifié, acquiert une forme sphérique et un diamètre beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Autour de la figure colorée, on voit une zone transparente ou granuleuse, qui se continue avec la limite de la cellule. Ces grosses cellules, devenues sphériques, et plus volumineuses que les voisines, les compriment plus ou moins, si bien que certaines des cellules avoisinantes prennent une forme aplatie et s'incurvent autour de la cellule hypertrophiée.

Parmi ces noyaux, à figure chromatique rayonnée, on en voit dans lesquels le filament et les grains colorés se disposent en trois ou quatre lobules radiés. Mais cette division, qui est d'abord à peine indiquée au début du processus, s'accuse complètement sur des cellules qui sont arrivées à un stade plus avancé de la division. Ainsi, on voit parfois ces filaments complètement séparés en trois plaques nucléaires, qui finissent par s'isoler absolument les unes des autres. Dans certaines de ces figures, il existe encore de petits filaments granuleux colorés, très minces, entre les plaques nucléaires. La zone transparente prend la forme d'un trèfle autour d'eux. Enfin, dans des figures où la séparation est achevée, on peut voir une zone transparente et une partie du protoplasme cellulaire entourant chacune des trois plaques nucléaires. C'est là le dernier terme de cette série de modifications kariokinétiques du noyau.

Dans ces deux tumeurs, nous avons observé, en même temps que la division par trois qui précède, la division en deux d'après le processus bien connu : plaque nucléaire, ayant la forme équatoriale, séparation de deux plaques qui s'éloignent l'une de l'autre, réunies encore par les filaments achromatiques, séparation complète des deux plaques, translation du protoplasme autour de chacune de ces dernières et isolement de deux cellules.

Dans les bourgeons de l'épithéliome papillaire du sinus maxillaire, les cellules épithéliales des bourgeons étaient cylindriques, parallèles les unes aux autres et perpendiculaires à leur implantation sur la papille. Là, on voyait presque constamment les cellules en kariokinèse devenir ovoïdes, leur grand axe étant perpendiculaire à l'implantation de la cellule. La plaque équatoriale était alors perpendiculaire au grand axe de l'ovoïde cellulaire.

Les cellules en kariokinèse étaient assez souvent très volumineuses et tout à fait sphériques, au début du processus de division. Les granulations du filament nucléaire présentent alors une forme stellaire et sont extrêmement nombreuses et assez grosses. Quelquefois la cellule acquiert un volume colossal, 25 à 30 μ., par exemple, ou même plus. Ces cellules sphériques compriment toujours les cellules voisines, de telle sorte qu'elles s'aplatissent par compression et se disposent concentriquement, en rappelant ce qui a lieu dans les globes épidermiques, avec cette différence qu'il n'y a pas de kératinisation.

Séance du 18 juin 1886. — Présidence de M. Cornil.

17. M. Lyon présente des pièces provenant d'un vieillard de 72 ans, affecté d'une douleur dans la fosse iliaque droite depuis plusieurs mois; on trouvait à cette place une tuméfaction et une matité très marquée; il y avait une constipation extrême. L'âge et l'état général du malade font porter le diagnostic de *cancer du cœcum*. A l'autopsie, le cœcum est adhérent aux tissus voisins, et présente à sa surface externe des noyaux cancéreux. On retrouve de ces noyaux peu volumineux sur divers points du péritoine viscéral et pariétal; il n'y a rien à l'estomac.

M. Cornil ouvre le cœcum et constate que la muqueuse y est intacte : le cancer est uniquement péritonéal ; ces cas, qui ont une marche très rapide, se distinguent cliniquement du cancer intestinal vrai, par l'absence des phénomènes d'obstruction intestinale.

18. M. Despaigne présente les pièces d'un individu de 57 ans, qui avait souffert de troubles dyspeptiques depuis un an et de douleurs épigastriques violentes depuis un mois. A son entrée, on constate une dilatation stomacale énorme, avec un ictère intense, et une tumeur au niveau des fausses-côtes droites. Ni vomissements, ni melœna. On porte le diagnostic de *cancer de l'estomac avec propagation au foie*. De plus, une masse ganglionnaire volumineuse, occupant l'aisselle gauche et se continuant au-dessus de la clavicule du même côté, fait penser à l'existence d'un cancer du poumon.

A l'autopsie, on trouve une tumeur cancéreuse énorme au pylore, en continuité avec une masse très volumineuse appliquée contre la colonne vertébrale; le duodénum en entier présente une infiltration cancéreuse de ses parois. Le foie, verdâtre, contracte au niveau du col de la vésicule biliaire une adhérence intime avec la masse ganglionnaire. Les gros canaux biliaires sont entourés d'une zone cancéreuse épaisse d'un demi-centimètre, que l'on retrouve jusque dans les parties profondes; pas de noyaux cancéreux isolés. — On ne trouve pas de cancer dans les poumons; les ganglions du médiastin postérieur sont envahis jusqu'en haut, et c'est probablement par leur intermédiaire que s'est produit l'envahissement des ganglions axillaires et sus-claviculaires.

19. Ulcérations tuberculeuses du vagin et de la vessie; par M. Ménétrier, interne des hôpitaux.

A l'autopsie d'une femme de 45 ans, morte de phtisie pulmonaire dans le service de M. le professeur Jaccoud, nous avons trouvé, outre les lésions pulmonaires, causes de la mort, et des altérations amyloïdes de la plupart des viscères, des ulcérations du vagin et de la vessie dont un examen ultérieur nous a démontré la nature tuberculeuse.

© BIU Santé

La vessie a des parois épaisses et charnues. Sa muqueuse est pigmentée ; elle paraît saine dans toute la portion supérieure, mais au niveau du trigone, en avant de l'orifice des uretères, elle est très épaissie, et l'on voit par un examen attentif des groupes de petites granulations miliaires blanches ou grisâtres, saillantes à la surface. En outre, en dehors du trigone, en avant de l'uretère gauche, il y a un groupe de trois ulcérations ovalaires, longues de 4 à 5 millimètres, assez irrégulières et recouvertes d'un détritus pulpeux grisâtre. La muqueuse uréthrale est simplement épaissie et congestionnée. On trouve au voisinage de ce conduit, entre lui et le vagin, un petit abcès caséeux enkysté, ne communiquant ni avec l'une, ni avec l'autre de ces cavités. Le vagin renferme à son entrée et sur sa paroi supérieure, un certain nombre d'ulcérations, une dizaine environ. Les unes sont de simples érosions rondes ou ovales, et ne dépassent pas les dimensions d'une petite lentille ; les autres, un peu plus grandes, comme une pièce de 20 centimes environ, sont aussi un peu plus profondes ; leur bord, assez nettement découpé, paraît formé de segments de cercle confondus ; le fond est assez égal, bien détergé, grisâtre, et ne présente pas de granulations apparentes. Tout au pourtour, les ulcérations sont entourées d'une auréole rouge de congestion vasculaire. En aucun point du vagin, on ne rencontre de granulations tuberculeuses. Une petite érosion semblable aux premières se voit sur le col.

On trouve des bacilles tuberculeux dans le raclage de ces ulcérations du vagin et de la vessie, et dans le pus de l'abcès péri-uréthral. Nous avons employé le procédé d'Erlich, suivi du lavage des préparations à l'alcool absolu, pour éviter toute confusion possible avec les faux bacilles, tels que ceux décrits dans le smegma préputial. Les bacilles se voient également sur les coupes. Sur ces dernières, on peut constater que la lésion est tout à fait superficielle, ne dépassant pas l'épaisseur des muqueuses, lesquelles, au point lésé, se montrent infiltrées d'éléments embryonnaires généralement groupés en nodules, mais ne renfermant que très rarement des cellules géantes. Ajoutons que chez cette malade les reins ne renfermaient pas de tubercules, mais présentaient seulement des lésions amyloïdes sur lesquelles nous avons l'intention de revenir ultérieurement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. DESNOS lit une lettre de MM. BOURNEVILLE et BRICON ainsi conçue :

« Monsieur le Président, à la séance du 23 juillet dernier de la Société médicale des hôpitaux, M. Desnos a présenté, au nom de M. Desplats, une note sur la rubéole (*Bulletin de la Société*, séance du 23 juillet, et *Journal des sciences médicales de Lille*, 5 septembre). Cette note a donné lieu, à la séance du 13 août, à quelques considérations de la part de M. Desnos. M. Desplats croit que « si les auteurs français ont hésité à admettre la rubéole comme espèce morbide distincte, cela tient au manque de netteté des descriptions qu'on en avait données et à la rareté de la rubéole vraie dans nos pays ». M. Desplats ne cite aucun auteur français et M. Desnos ne mentionne que les noms de M. Jaccoud, Longuet et Dagat.

« Permettez-nous de signaler à la Société un mémoire que nous avons publié en 1884 dans le *Progrès médical* (nos 26, 28 et 29), reproduit dans le *Compte rendu de Bicêtre* pour la même année (p. 89 à 114).

« Dans ce mémoire, nous avons montré d'abord que la connaissance de la rubéole revenait non pas aux médecins allemands, mais bien à nos compatriotes ; les indications bibliographiques que nous avons données le prouvent surabondamment. Puis, nous avons rapporté seize observations, recueillies soit à Bicêtre, soit en ville, ce qui montre, contrairement à l'assertion de MM. Desplats et Desnos, que la rubéole est loin d'être une maladie très rare en France. Enfin, nous avons donné six tracés de la température et comparé cette affection aux autres affections éruptives.

« Nous vous prions, Monsieur le Président, de bien vouloir communiquer cette rectification à la Société et d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués. »

BOURNEVILLE. P. BRICON.

M. DESNOS : Il est donné à MM. Bourneville et Bricon acte de leur lettre qui sera insérée dans les *Bulletins*. Toutefois, en ce qui me concerne, je ne puis accepter l'expression de rectification employée par ces messieurs. En effet, d'un côté, la nature de la note que j'ai lue le 13 août, ne comportait pas une bibliographie complète de la rubéole. Je n'avais pour but que de revendiquer, avec quelques exemples à l'appui, pour la littérature médicale française, une part dans l'histoire de la rubéole que M. Desplats avait omis de lui faire.

D'autre part, je n'ai pas dit que la rubéole est une maladie *très rare* en France. Je me suis contenté de faire remarquer qu'elle est plus fréquente en Allemagne que dans notre pays, et j'ai donné ce que je crois en être la raison.

M. GUYOT communique une observation de *kyste hydatique du foie* suppuré et qui passa pendant longtemps pour de la tuberculose pulmonaire. Bien qu'on eut retiré une notable quantité de pus par la ponction, le malade succomba dans le marasme.

M. OLLIVIER fait remarquer que des kystes hydatiques du foie ouverts dans le poumon, ou même des kystes hydatiques du poumon se traduisent souvent identiquement par les mêmes symptômes que la tuberculose pulmonaire ; le diagnostic peut être fait par l'examen des crachats qui montrent dans ces cas des crachats d'hydatides.

M. LABBÉ dit que lorsqu'on constate de la pleurésie sèche de la base droite, on doit songer à un kyste hydatique du foie.

M. TROISIER a pu observer trois cas de cancer de l'estomac dans lesquels il n'y avait pas de tumeur épigastrique, mais tous les signes rationnels et de plus des *ganglions engorgés dans le creux sus-claviculaire*, surtout gauche, comme dans les cancers du poumon et de la plèvre ou de l'œsophage. M. Charcot avait jadis signalé la possibilité de ces lésions ganglionnaires dans ces cas. Virchow, Friedreich et Leube en ont observé des cas ainsi que Merklen et Mazaud en France, mais les ouvrages classiques n'en font pas mention, aussi M. Troisier a-t-il pensé qu'il était bon d'attirer l'attention sur ce signe parfois fort utile pour le diagnostic (1). L. C.

Séance du 22 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

A propos de la communication faite par M. Troisier, dans la dernière séance, M. MILLARD cite le cas d'une femme de cinquante-six ans atteinte d'un cancer de l'estomac, avec tumeur dure à la région épigastrique et dilatation stomacale considérable. Chez cette malade, il existe un œdème mollasse de la région mammaire et des ganglions infiltrés dans les aisselles et les creux sus-claviculaires.

M. TROISIER fait remarquer que la dégénérescence des ganglions sus-claviculaires peut se rencontrer dans n'importe quelle forme de cancer viscéral ; c'est ainsi qu'il vient d'en observer tout dernièrement, dans le service de M. Raymond, chez une femme ayant un cancer de l'utérus.

M. LANDOUZY présente trois malades présentant de l'atrophie des muscles de la face ; ce sont des types de *myopathie atrophique progressive à début facial*, affection essentiellement myopathique et non myélopathique, déjà décrite, d'ailleurs, par Duchenne de Boulogne, frappant les muscles séparément, respectant toujours ceux de la respiration, de la déglutition et de la mastication, ainsi que les sphincters. La maladie débute souvent par l'atrophie faciale qu'il y a donc tout intérêt à reconnaître de bonne heure. A l'état de repos, la physionomie est sans expression, le front lisse et les lèvres saillantes ; si le malade cherche à contracter ses muscles faciaux, on constate que les orbiculaires ne fonctionnent que très imparfaitement, que le front ne peut se rider.

M. DAMASCHINO a souvent observé cette affection chez les enfants.

(1) Dans le *Manuel de technique des autopsies*, à propos de l'*Examen des organes du cou*, nous avons fait remarquer en note (p. 118) que « *les ganglions sus-claviculaires gauches sont entre autres fréquemment atteints dans les cas de cancer de l'œsophage et de l'estomac.* » (B. et P. B.)

© BIU Santé

M. Dieulafoy rapporte une observation de cette forme clinique dont il a entretenu récemment la Société et qu'il désigne sous le nom de *mal de Bright sans albuminurie*. Le malade se plaignait d'une céphalée violente, permanente, et d'accès de dyspnée intermittents. Il avait eu un peu auparavant les jambes enflées. Il ne présentait rien au cœur, ni dans les poumons, ni dans l'urine, mais offrait plusieurs des petits accidents du brightisme, décrits par l'auteur. De plus, son urine ayant été injectée à un lapin de 2 kil. 500, il fallut en employer 245 grammes pour le tuer, au lieu des 125 grammes d'urine normale, qui, d'après M. Bouchard, suffisent pour tuer un lapin de ce poids. Peu après, le malade fut pris d'un délire furieux; il devint albuminurique, puis succomba, et, à l'autopsie, on trouva une néphrite artério-scléreuse et un cœur petit, à parois non hypertrophiées.

M. Robin rapporte un nouveau cas de *congestion du rein*, semblable à ceux qu'il a publiés récemment. Il s'agit d'un vieillard qui, à la suite d'un refroidissement, fut atteint de dysurie et de douleurs lombaires, avec état typhoïde marqué, gonflement de la rate, coloration bistrée de la peau, mais pas d'œdème. Le malade mourut en quelques jours. L'urine très colorée, rougeâtre, présentait une grande quantité d'albumine. Au début, elle renfermait 35 grammes de matériaux solides, le jour de la mort seulement 18.

A l'autopsie, il y avait à la fois congestion rénale et néphrite chronique diffuse. M. Robin croit que dans ces cas, sous l'influence du froid, il se produit d'une façon réflexe, un trouble général de l'innervation cutanée et viscérale, l'élimination normale des déchets organiques est entravée, les reins deviennent insuffisants, et il y a rétention de produits toxiques ; la maladie ne se termine que s'il peut y avoir décharge par les reins, et, pour cela, il faut qu'antérieurement ils aient été normaux, sinon il y a rétention et mort par *toxihémie*.

M. Hayem pense qu'il n'y a pas lieu de créer une forme morbide nouvelle et que la congestion rénale de M. Robin n'est qu'une forme légère et superficielle de néphrite catarrhale.

L. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 novembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Chauvel, secrétaire général, lit une observation de M. Pamard (d'Avignon), à propos d'un malade âgé de 29 ans, chez lequel deux fractures se produisirent consécutivement et transversalement sur la même rotule, à neuf mois d'intervalle. Il y eut deux cals fibreux. Seize ans après (45 ans) transformation des cals osseux en cals fibreux.

M. Le Dentu, à propos du procès-verbal et de la *suture de l'urèthre*, raconte dans quelles conditions il a été amené à faire cette suture dans le cas dont il a parlé à la séance dernière : homme de 45 ans, auquel on avait fait l'uréthrotomie externe sur conducteur pour un rétrécissement de l'urèthre sans un bon résultat. Il dut faire une nouvelle uréthrotomie externe, sutura alors l'urèthre et la réunion se fit bien sauf en un point, d'où petite fistulette qui guérit plus tard. Il conclut ainsi : *a)* pour les plaies traumatiques, ruptures de l'urèthre, pas de suture ; *b)* pour les plaies du canal d'origine opératoire (extraction d'un calcul, d'un corps étranger) la suture est admissible, mais doit être faite avec un fil et une aiguille de très faible diamètre. La suture à deux étages proposée par M. Terrier est recommandable. La suture de l'urèthre n'est pas une opération banale; elle est difficile à faire ; elle ne devra être tentée que par des mains chirurgicales exercées et sûres d'elles-mêmes. Tout ceci ne s'applique qu'aux plaies de la portion pénienne de l'urèthre. Pour les régions périnéale et bulbeuse, il faut être très réservé en fait de suture.

M. Terrier pense que cette opération est aussi banale que possible avec les ressources de l'antisepsie et qu'on peut faire cette suture même dans les cas traumatiques. Il ne comprend pas pourquoi on a tenté la suture de l'urèthre dans l'uréthrotomie externe pour rétrécissement de l'urèthre. Dans ces cas où le canal est rétréci il faut laisser la plaie se cicatriser sur mandrin quelconque.

M. Th. Anger montre les deux calculs qu'il a extraits de l'urèthre du malade dont il a parlé à la séance précédente.

M. Le Dentu affirme que la suture de l'urèthre doit être faite avec grand soin, qu'il faut réunir les *bords de la muqueuse*, qu'elle est plus difficile à faire que la suture d'une séreuse. Il est dangereux, il le maintient, de la pratiquer après les ruptures traumatiques de l'urèthre périnéal. En effet elle est contre indiquée après l'uréthrotomie externe, sauf dans les cas comme celui qu'il a rapporté.

M. Lucas Championnière est persuadé que la contusion n'a jamais empêché la réunion par première intention dans une plaie quelconque, à condition que la plaie soit aseptique. Pour lui, c'est un point de doctrine.

M. Terrier lit un rapport sur *un cas de morsure de vipère accompagnée de phénomènes graves, mais suivie de guérison*, que M. Pluyette (de Marseille) a envoyé à la Société. Le malade après la piqûre eut soin de placer un lien constricteur sur l'avant-bras, au-dessus de la plaie de la main. Un traitement très complexe fut institué pour combattre les accidents locaux et généraux ; on fit en particulier des injections locales de teinture d'iode au pourtour du point mordu, des cautérisations au thermo-cautère. M. Pluyette discute la valeur de ces injections locales qu'il a employées en se souvenant de la façon dont on a traité dernièrement le charbon. Cette observation est intéressante parce que l'espèce de vipère cause de la morsure dans ce cas (Echnidé heurtante, *Echidne arietans*) est regardée par les naturalistes comme une des plus venimeuses avec les crotales, et qu'il y a eu guérison.

M. Monod fait un rapport sur une communication de M. Jeannel (de Toulouse), relative à plusieurs observations de *névralgies rebelles* traitées par la résection par trépanation de la hanche horizontale du maxillaire inférieur et *la résection* dans le canal dentaire *avec arrachement* ou traction du *bout périphérique du nerf* dentaire inférieur. Dans un cas, où les douleurs ont reparu après l'opération, les troubles dans le domaine du nerf était consécutifs à une lésion de la moelle épinière.

M. Routier lit une observation de *cure radicale d'une épiplocèle irréductible para-ombilicale* suivie de guérison.

Nomination de deux commissions pour les prix : 1° *Prix Duval :* MM. Marjolin. Th. Anger, Monod, Humbert, Peyrot. 2° *Prix Laborie :* MM. Guéniot, Nepveu, Lucas-Championnière, Richelot, Kirmisson.

Séance du 10 novembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Terrier dépose sur le bureau un exemplaire du 2e fascicule de son *Traité de pathologie générale* en cours de publication.

M. Nepveu lit un rapport sur un mémoire intitulé : *De l'intervention chez les tuberculeux*, par le Dr Delorme (du Val-de-Grâce). Il est basé sur trois observations.

M. Terrier lit un autre rapport sur une observation de M. Defontaine (du Creuzot), à propos de *deux tailles suspubiennes* faites chez un enfant de quatre ans et demi, l'une après l'autre. La première opération fut faite pour l'extraction d'un calcul vésical et guérit en vingt jours. Au bout de cinq mois, nouveaux symptômes de calcul et nouvelle opération pour un autre calcul. M. Defontaine insiste sur la difficulté de la taille chez les enfants aussi jeunes et sur le danger de l'emploi du ballon de Pétersen à cet âge ; la seconde taille hypogastrique faite en plein tissu de cicatrice a été très facile (1).

M. M. Sée pense qu'il est facile, chez l'enfant comme chez l'adulte, d'empêcher le ballon de Pétersen de remonter dans le rectum et de faire saillir cette partie de l'intestin au-dessus de la vessie ; il suffit de le retenir avec quelque chose de rigide. Pour être certain de n'ouvrir que la vessie, après l'incision cutanée hypogastrique, on doit introduire une sonde dans la vessie, abaisser son pavillon en repoussant son autre extrémité vers le sommet du réservoir urinaire, de façon à ce qu'il soit facile de sentir le bec de cette sonde sous le doigt, à travers la paroi vésicale. Ensuite on passe un fil dans cette même paroi pour soutenir la vessie et l'empêcher de descendre dans le bassin.

(1) Voir *Congrès de chirurgie*, communication de M. Gross (de Nancy), *Progr. médical*, n° 43, p. 886.

© BIU Santé

M. Th. Anger rappelle qu'il a présenté au Congrès de Londres un instrument construit dans le but de faire saillir la paroi vésicale antérieure dans la plaie cutanée de la taille hypogastrique ; c'est une petite sonde cannelée, se développant dans la vessie. On est certain ainsi de ne pas inciser le rectum sous-jacent.

M. Terrier trouve justes les réflexions faites par M. Sée.

M. Larrey présente plusieurs travaux de MM. Léon Dufour et Gorie, candidats aux titres, l'un de correspondant national, l'autre de correspondant étranger.

M. le Dr Hovion lit une observation intitulée : *Volvulus de l'intestin grêle, péritonite généralisée, laparotomie, mort.* (Renvoyée à une commission).

M. Lannelongue offre à la société un exemplaire de son ouvrage *Traité des kystes congénitaux*, publié en collaboration avec M. Achard.

M. Terrillon fait une communication sur la *névralgie du testicule et de ses rapports avec l'hystérie*, sujet qui lui a été suggéré par les travaux de M. Charcot sur l'hystérie mâle. La névralgie du testicule est rebelle, difficile à guérir ; tantôt elle succède à une atrophie de l'organe (varicocèle, ectopie testiculaire, etc.), elle est alors secondaire ; tantôt elle survient sans cause, elle est essentielle et constitue le testicule irritable. M. Terrillon pense que dans ces derniers cas il s'agit souvent d'hystérie chez l'homme.

M. Bouilly a observé deux cas de névralgie testiculaire dont la cause n'était pas certainement l'hystérie.

M. Trélat pense que la névralgie testiculaire observée dans un cas par M. Terrillon n'est qu'une douleur, symptôme banal de l'hystérie.

M. Lucas-Championnière fait remarquer que, toutes choses égales d'ailleurs, la névralgie testiculaire s'observe plus rarement que la névralgie ovarienne et qu'il ne faut pas rapprocher outre mesure ces deux localisations douloureuses de l'hystérie.

M. Terrillon insiste sur la nécessité de bien rechercher chez ces malades les signes de l'hystérie qui peuvent échapper, si l'examen clinique n'est pas fait avec toutes les ressources diagnostiques dont on dispose actuellement.

M. Terrillon présente un malade atteint de *deux exostoses de l'extrémité supérieure de l'humérus*, faisant saillie dans le creux de l'aisselle et comprimant les nerfs du plexus brachial. Il a extirpé ces deux exostoses par la méthode sous-périostée en faisant de grands délabrements musculaires et cependant le sujet a recouvré tous les mouvements normaux des bras.

M. Lucas-Championnière a enlevé des tumeurs semblables de l'humérus, mais elles étaient situées au niveau de la coulisse bicipitale.

M. Trélat insiste sur la bénignité de cette opération.

M. Lucas-Championnière présente une *exostose éburnée du frontal* encastrée entre les deux lames de cet os et qu'il a enlevée. Il fait remarquer qu'au-dessous de l'exostose on trouve souvent dans ces cas une masse de tissu jaunâtre, qu'au premier abord on pourrait prendre pour de la substance cérébrale ; il n'en est rien.

Nomination d'une commission pour l'examen des titres des candidats à la place vacante de membre titulaire. Sont nommés : MM. Périer, Peyrot et Anger. Marcel Baudouin.

THÉRAPEUTIQUE

La pancréatine dans l'économie après son arrivée dans la voie stomacale ;

Par M. Th. Defresne.

Dans le compte rendu des travaux de la section des sciences médicales au Congrès de Nancy, nous avons donné l'énoncé d'une communication de M. Defresne sur la pancréatine. Voici le résumé de cette communication :

« La pancréatine, on le sait, agit à la fois sur tous les aliments ; elle ne doit pas ses propriétés multiples à un seul erment, mais à trois ferments solubles distincts : *la trypsine*, qui peptonise l'albumine ; *l'amylopsine*, qui saccharine l'amidon ; *la stéapsine*, qui émulsionne et dédouble les corps gras.

« Si l'on considère les remarquables propriétés du suc pancréatique, on conçoit que l'on ait songé à utiliser la pancréatine en thérapeutique ; mais le suc pancréatique n'agit dans l'intestin grêle que dans un milieu neutre ou à peine acide ; il convient donc de se demander ce que devient la pancréatine avant ou après son séjour dans le suc gastrique pur, qui contient environ 1 gr. 50 d'acide chlorhydrique par litre, et dans le suc gastrique mixte, obtenu par l'expression du chyme, dont l'acidité est plus forte, mais non plus de même nature, puisqu'il contient les acides lactique, sarcolactique, tartrique, etc., que l'acide chlorhydrique a mis en liberté dans les aliments tout en se neutralisant lui-même.

« Pour étudier la question dans ce second cas, nous nous sommes procuré le chyme sur nous-même après deux, trois et quatre heures de digestion, et nous avons vu que la pancréatine laissée pendant deux heures à l'étuve, au milieu de ce suc gastrique mixte, avait complètement conservé son pouvoir de peptoniser l'albumine, de saccharifier l'amidon, de dédoubler les corps gras, à la condition toutefois de neutraliser le milieu de la digestion.

« Si donc la pancréatine est administrée sous forme de pilules enrobées de cire et de sucre, à la fin d'un repas, celles-ci ne commencent à se désagréger que vers la troisième heure ; il est possible alors qu'elles passent avec le chyme dans le duodénum, et, dans ce cas, elles agissent directement sur la digestion en cours ; ou bien la chymification se prolonge, la pancréatine se dissout au milieu du chyme dont l'acidité est due à des acides organiques dont elle n'a rien à redouter, ce qui lui permet de retrouver son activité dans l'intestin grêle, après la neutralisation du chyme.

« Examinons maintenant le cas où la pancréatine est administrée en poudre au commencement du repas : elle se trouve alors d'emblée dans un milieu chlorhydrique, et nous avons vu par expérience que la pancréatine, après avoir séjourné deux heures à l'étuve, au milieu du suc gastrique pur de l'homme, en dépit de la neutralisation ultérieure du milieu, ne conservait plus qu'une faible action sur l'albumine.

« La pancréatine est-elle donc détruite dans le suc gastrique pur ? Nous l'avons pensé un instant ; mais, dans le cours de nos expériences, nous remarquâmes que, chez le lapin, bien que nous ne pûmes caractériser la pancréatine à partir de la troisième heure, il nous arrivait parfois de voir l'animal mourir dans les cinq ou six premières heures qui suivaient l'ingestion de 50 centigrammes à 1 gramme de pancréatine par kilog. vivant ; la pancréatine n'était donc pas détruite, puisqu'elle pouvait amener la mort ; il était donc possible que le ferment rendu inactif par l'acidité du suc gastrique pur fût absorbé « *in situ* » et passât dans la circulation, où il retrouvait ses propriétés au point de devenir toxique à dose massive. Pour confirmer cette hypothèse, nous recherchâmes quelles modifications pouvaient bien présenter les fluides et les sécrétions d'un animal ainsi pancréatiné ; voici les résultats auxquels nous sommes arrivé en expérimentant sur seize lapins, qui furent sacrifiés entre la deuxième et la quinzième heure après l'ingestion de la pancréatine : cinq d'entre eux moururent dans les six premières heures, sans que nous ayons pu déterminer la cause de leur mort. Chez les autres lapins, l'étude du sang, du foie, des parotides, de la rate et du pancréas, comparée à celle des mêmes glandes et fluides, chez un lapin, dans des conditions normales, nous donnèrent des résultats bien caractéristiques ; nous les avons consignés par rapport à 1,000 grammes de tissu glandulaire ou de sang. La parotide d'un lapin normal, par exemple, peut, dans des conditions déterminées, donner naissance à 5 kil. 300 gr. maltose, et le pancréas à 4 kil. 800 gr. maltose, tandis que la parotide d'un lapin pancréatiné dans les mêmes conditions donne 8 kil. 100 gr. maltose et le pancréas 6 kil. 300 gr. Chez le lapin ordinaire, la rate donne

© BIU Santé

naissance à 819 grammes maltose; chez le lapin pancréatiné, toutes les autres conditions expérimentales restant les mêmes, son action diastasique sur l'amidon est sept fois plus grande et elle donne naissance à 5 kil. 425 gr. maltose. Le foie d'un lapin ordinaire, six heures après la mort par hémorrhagie, contient 43 grammes glycose; celui d'un lapin pancréatiné 12 gr. 40, soit quatre fois moins, en chiffre rond; la disparition du glycogène du foie dans le second cas est bien digne de remarque; elle peut s'expliquer de la manière suivante : la pancréatine, paralysée par l'acidité stomacale, entre dans la circulation à l'état de zymogène, dont une partie se fixe dans le foie et donne naissance à une zymase qui saccharifie le glycogène; ce qui corrobore cette hypothèse, c'est que la glycose ainsi formée passe dans le sang d'un lapin pancréatiné en quantité telle que 1,000 grammes de ce fluide qui, à l'état normal, contiennent environ 1 gramme glycose, en contiennent maintenant plus de 5 grammes; le sang, ainsi saturé de glycose, ne peut apparemment tout brûler; une partie doit être éliminée par les reins; c'est ce qui arrive souvent, en effet, car, trois fois sur seize, nous avons constaté que le lapin était devenu diabétique.

« Ces expériences nous autorisent à émettre l'opinion que la pancréatine introduite dans le suc gastrique au commencement d'un repas, voit le ferment diastasique qu'elle contient être absorbé « *in situ* » et passer à l'état de zymogène dans la circulation; ce zymogène est séparé par le foie, la parotide et la rate; ainsi isolé, il devient : dans le foie, une zymase hépathique capable de saccharifier le glycogène; dans la parotide, une zymase ptyalique capable de saccharifier l'amidon dans la bouche, et, dans la rate, une zymase qui, transmise au pancréas, communique au suc de cette glande la propriété de saccharifier l'amidon dans le duodénum.

« Ces expériences physiologiques viennent corroborer les observations cliniques du professeur Potain et celles de M. Henri Huchard; elles indiquent que l'on peut administrer la pancréatine en poudre, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme au commencement du repas, lorsqu'il s'agit de relever les sécrétions salivaires et pancréatiques, et recourir de préférence aux pilules de pancréatine à la dose de trois à cinq pilules à la fin du repas, lorsque l'on veut agir sur la digestion en cours. »

CORRESPONDANCE

A propos de la Société de secours mutuels entre médecins en cas de maladie.

Paris, le 20 octobre 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Grâce à la grande publicité du *Progrès médical* (qui a bien voulu donner, au mois de mars dernier, l'hospitalité à un article où j'exposais le projet d'une *Société de secours mutuels* entre médecins en cas de maladie), la presse médicale tout entière s'est occupée de ce projet. Les éloges que nous avons reçus nous ont flattés. Les objections qui nous ont été adressées nous ont fait plaisir. Et nous ne sommes pas moins reconnaissants des objections que nous ne sommes fiers des éloges.

Votre assurance, nous a-t-on dit, *existe depuis longtemps. Elle fonctionne en Angleterre, et l'Angleterre l'a imitée de la Belgique.* Nous répondrons : « Tant mieux. Si une telle Société fonctionne bien chez nos voisins, elle fonctionnera bien chez nous. »

Notre excellent confrère et ami Lagoguey, en nous proposant d'imiter la corporation du gaz, n'a jamais émis la prétention d'avoir inventé les Sociétés de secours mutuels, même entre médecins. Il a eu la bonne idée d'exposer son projet à la *Société médicale du X^e^ arrondissement* et la bonne fortune d'y rencontrer un public sympathique et intelligent. Il n'a pas demandé de brevets d'invention. Il a fait œuvre utile, cela lui suffit. Et nous n'en demandons pas davantage.

Pour résoudre des problèmes si compliqués que celui que vous entreprenez, il faut avoir une connaissance approfondie des besoins du corps médical et ce n'est pas dans le silence du cabinet qu'on peut arriver à la solution de semblables questions. Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'être grand clerc pour conclure : que ce qui est bon pour les ébénistes (lisez ouvriers de la corporation du gaz), ne doit pas être mauvais pour les menuisiers, c'est-à-dire dans l'espèce, les membres du corps médical. Nous pensons même que dans le corps médical il y a des catégories pour lesquelles notre association n'est pas faite.

La première se compose des médecins riches. Ils ont des rentes. Ils dépensent moins que leur revenu. La maladie, les infirmités ne les toucheront jamais pécuniairement. Ils n'auront jamais besoin de notre assistance. Cependant, nous sommes très fiers d'avoir dans cette catégorie quelques adhérents. Ils sont aussi connus pour leur intégrité et leur honorabilité que pour l'éclat qu'ils jettent sur notre profession. Ils ont bien voulu accorder à notre œuvre leur appui moral. Nous ne demandons pas leur appui pécuniaire.

A côté de cette première catégorie il en est une seconde qui vit confortablement, grâce à ce que gagne le chef de famille. Lui présent et bien portant suffit à tout. Les économies sont minimes. Heureux se trouvent ceux qui ne touchent pas au capital représenté par leur patrimoine!

Que la maladie ou pis encore une infirmité vienne frapper le chef de famille, comment va-t-il arriver à couvrir ses frais généraux, ses dépenses personnelles, ses dépenses de famille. Il couvrira ses frais généraux en se faisant remplacer, par un collègue instruit, intelligent et non jaloux. Il consacrera l'intérêt de son patrimoine aux dépenses de sa famille. Enfin, grâce aux dix francs que nous lui donnerons par jour il payera ses dépenses personnelles et ne sera jamais une charge pour ceux qui l'entourent.

Une troisième et dernière catégorie de médecins est formée par ceux pour lesquels la lutte vitale est dure. Leur pain quotidien n'est pas assuré. Il serait ridicule de les solliciter à consacrer des sommes relativement élevées pour assurer celui de demain.

Vous faites double emploi avec les sociétés de bienfaisance médicale : Association des médecins de la Seine; Association des médecins de France; vous auriez intérêt à vous fondre avec elles. Nous répondons que notre but est de subvenir aux dépenses personnelles du médecin. Nous lui supposons des rentes pour sa femme et ses enfants.

Eh bien l'*Association des médecins de la Seine*, ira-t-elle donner 50 louis à un confrère qui a 50 ou 60 mille francs. Non et elle aura raison. Ce n'est pas son rôle. Donc nous ne faisons pas double emploi.

Vous serez débordés de chroniques et obligés de renoncer à votre œuvre. Les statistiques ne signifient rien. La santé humaine et celle des médecins en particulier n'est pas susceptible d'entrer dans un calcul de probabilité. Il est vrai que tout est possible. Mais quand nous disons à nos adhérents qu'un nombre A d'associés donne en moyenne un nombre : a de chroniques et que ce nombre de chroniques peut osciller de : $a + n$ à $a - n$

Nous les mettons à même de juger du degré de probabilité ascendante que présentent nos prévisions.

Certes à l'impossible nul n'est tenu et chacun sait que là où il n'y a rien le roy perd ses droits. Eh bien, si nous avons trop de chroniques, notre dernier malade aura notre dernier sou. Nous payerons au prorata de ce qui restera en banque. Notre Société aura vécu en faisant le bien et nos sociétaires auront le regret de n'avoir pu le faire plus longtemps.

Veuillez agréer, etc. Dr E. BARBULÉE.

BIBLIOGRAPHIE

Les gauchers comparés aux droitiers, au point de vue anthropologique et médico-légal; par le Dr Louis JOBERT. Broch. in-8. — Thèse de Doctorat, Lyon. — Imprimerie nouvelle de Lyon et Octave Doin. Paris, 1885.

Le Dr Jobert, dans sa thèse inaugurale, s'est proposé deux choses : 1° Rechercher sur l'homme vivant et le cadavre des symptômes et des signes permettant de porter le

© BIU Santé

diagnostic *droitier*, *gaucher* ou *ambidextre*, chez un individu donné. C'est par l'étude de certains caractères anatomiques et physiologiques qu'il compte y parvenir; 2° appliquer à la médecine légale ces données anthropologiques. Ces deux chapitres bien distincts, l'un plus scientifique, l'autre plus pratique, sont tous deux intéressants à des titres divers. Ils méritaient par suite, ce nous semble, une part égale dans ce travail. L'auteur paraît avoir volontairement raccourci la partie anthropologique. Pourquoi? D'ailleurs, elle est bien agencée; mais, à son sujet, il pouvait se livrer à un certain nombre de recherches du plus grand attrait et à des considérations d'une portée plus élevée. Nous ne lui en ferons cependant pas un crime : tous les médecins ne sont pas gauchers ou même ambidextres (ce qui les gêne parfois); dès lors, que leur importe toutes les théories et les hypothèses plus ou moins fantaisistes émises sur les causes de la *gaucherie*? Par contre, tous doivent connaître le chapitre de médecine légale qui concerne cette variété d'hommes, inférieurs, dit-on, aux droitiers. C'est avec profit que le praticien lira, à ce propos, dans cette thèse le résumé des leçons du professeur Lacassagne (de Lyon) et des travaux du Dr Coutagne.

Un gaucher pourrait faire au travail de M. Jobert plusieurs critiques et ajouter quelques notes complémentaires, résultat de ses observations personnelles; mais ceci nous entraînerait certainement trop loin, ferait croire peut-être que nous sommes gaucher, et nous nous bornons à constater dans cette thèse l'absence d'un index bibliographique, indispensable pourtant dans les ouvrages de ce genre.

Marcel Baudouin.

VARIA

Protestation des agrégés.

Le mardi 2 novembre, les agrégés de la Faculté de Médecine, justement émus par la situation qui leur est faite par les iniques décrets du 30 juillet, se sont réunis en assemblée plénière et ont adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique la protestation suivante :

Monsieur le Ministre,

« Les décrets du 30 juillet 1886 modifient la situation acquise depuis huit ans aux agrégés de la Faculté de médecine de Paris. Ils suppriment purement et simplement la rétribution bien modeste qu'ils recevaient pour leur participation à l'enseignement. Les agrégés pensent qu'il y a quelque injustice à vouloir réaliser à leurs dépens des économies que ne légitiment ni la modicité de leur traitement ni la valeur des services qu'ils ont conscience d'avoir rendus et de pouvoir rendre encore à la Faculté. Réunis en assemblée générale, ils prennent la liberté, Monsieur le Ministre, de vous adresser leurs respectueuses protestations ».

Suivent les signatures de : MM. Ballet, Blanchard, Brissaud, Brun, Budin, Campenon, Chauffard, Déjerine, Guebhard, Hallopeau, Hanot, Hanriot, Hutinel, Joffroy, Maygrier, Peyrot, Pinard, Poirier, Pouchet, Quenu, Quinquaud, Raymond, Reclus, Rémy, Rendu, Reynier, Ribemont, Richelot, Robin, Schwartz, Terrillon, Troisier. Etaient absents : MM. Bouilly, Debove, Humbert, Jalaguier, Kirmisson, Landouzy, Ch. Richet, Segond, Straus, Villejean.

L'administration de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

M. le Dr Cazelles, ancien interne des hôpitaux de Paris, préfet des Bouches-du-Rhône, vient d'être nommé directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. On sait, en effet, que par décret du 4 novembre 1886, l'organisation du ministère de l'intérieur, en ce qui concerne l'Assistance publique, vient d'être modifiée. La direction de l'Assistance publique comprendra désormais 4 bureaux. 1er bureau : Etablissements nationaux de bienfaisance; sourds, muets et aveugles; asiles d'aliénés; dépôts de mendicité et asiles départementaux. — 2e bureau : Enfants assistés; protection des enfants au premier âge; sociétés de charité maternelle. Crèches. — 3e bureau : Hospices et hôpitaux; établissements particuliers de bienfaisance; bureaux de bienfaisance; service de santé des indigents. — 4e bureau. Sociétés de secours mutuels; caisses de secours; mont-de-piété. Ainsi se trouve réunie en un seul service toute l'administration de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance. Cette concentration depuis longtemps regardée comme nécessaire, cette réunion en un seul faisceau des fragments épars de nos services charitables, constitue un progrès sérieux.

Le concours des Elèves médecins militaires en 1886.

Les réformes du ministre de la guerre ont pesé, cette année, non seulement sur l'Ecole de Saint-Cyr et l'Ecole polytechnique, mais aussi sur l'Ecole d'application de médecine militaire, le Val-de-Grâce. On a diminué considérablement le nombre des candidats admis. Ainsi, au lieu de 61 candidats à 8 inscriptions que l'on recevait autrefois, on n'en a admis cette année que 12. Cependant le service de santé n'est pas tellement au complet qu'il y ait lieu d'écarter ainsi les jeunes gens désireux d'y entrer. Cette mesure paraît avoir été dictée par des considérations budgétaires; l'intérêt de l'armée exigeait pourtant moins d'économie. Dans de telles conditions, il n'est pas probable qu'on crée à Nancy une école de santé militaire. On prétend même qu'on va supprimer le Val-de-Grâce. Une pétition, en tous cas, est sur le point d'être adressée au ministre pour qu'on fixe d'avance tous les ans le nombre des candidats à admettre. (*Impartial de l'Est.*)

Antiquarisme.

Le *Journal des sciences médicales de Lille* nous apprend, dans son numéro du 5 novembre, que « la Société de Saint-Luc, Saint-Come et Saint-Damien s'est réunie en assemblée générale, les 16 et 17 octobre dernier, à l'Institut catholique de Paris, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Moissenet, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. Après une courte allocution dans laquelle le président général, M. le Dr Ferrand, médecin des hôpitaux, souhaitait la bienvenue aux nouveaux membres et aux confrères venus du Mans, du Havre, de Rouen et de la Sarthe, etc., la parole est donnée à M. le Dr Dauchez, secrétaire général de la Société, pour la lecture de son rapport sur les travaux de l'année courante.

Plusieurs travaux signalés dans ce rapport y sont plus particulièrement analysés. — A Paris, les questions soumises à l'étude en 1886, ont été les suivantes : La maladie de sainte Thérèse, par M. le Dr Goix; l'aphasie (étude schématique), par M. le Dr Ferrand; le darwinisme, d'après le professeur M. Duval (étude critique), par M. le Dr Monnier. Enfin un exposé de la conduite à tenir en cas de grossesse tubo-ovarienne, par M. le Dr Le Bec, chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph. Le nombre actuel des membres de la Société de Saint-Côme s'élève à 150 en France.....

Le lendemain, 17 octobre, les confrères de Paris et les délégués de province se retrouvaient à 8 heures à la basilique de Montmartre où la messe fut dite à l'intention des confrères vivants et décédés et aux autres intentions de la Société (1). »

Bibliothèques des internes en médecine.

Hôpital de la Charité. — Subvention du Conseil municipal en 1886, 2,400 francs. Nombre des volumes existant à la bibliothèque, 22,973. Il n'y a pas eu de dons cette année, cependant nous avons reçu les thèses d'agrégation et un volume de M. le professeur Hardy : *Traité des maladies de la peau.*

Hôpital Cochin. — La subvention reçue a été 400 francs. Le nombre des volumes est environ de 200 non compris les dictionnaires Dechambre et Jaccoud. Sauf les publications de M. Dujardin-Beaumetz, parues cette année, nous n'avons reçu aucun don.

Hôpital Bichat. — Subvention municipale, 400 fr.; nombre de volumes, 300. Aucun don n'a été reçu cette année.

Hôpital du Midi. — Cette bibliothèque comprend à peu près 1,500 volumes (y compris les thèses). Le Conseil municipal a donné cette année 400 fr. pour achat de livres et reliure. Nous n'avons reçu aucune espèce de don.

Hôpital Tenon. — Le Conseil municipal, cette année, a donné une subvention de 500 francs. La bibliothèque se compose actuellement de plus de 4,000 volumes (belle collection de thèses de doctorat). Elle n'a reçu, cette année, comme dons que les thèses des internes et la plupart des thèses d'agrégation de 1885. Les chefs de service, entre autres, MM. Straus et Moutard-Martin, ainsi que M. Charles Richet, ont donné des thèses de doctorat et quelques ouvrages.

Hospice de la Salpêtrière. — Le chiffre de la subvention que la bibliothèque des internes a reçue en 1886, a été de 600 fr., sans compter les thèses, les revues, les journaux de l'année, la bibliothèque s'est enrichie de 42 volumes. En fait de dons, elle a reçu de M. le professeur Charcot bon nombre de thèses de la faculté de Paris des années 1885 et 1886.

Hôpital de Lourcine. — La bibliothèque de Lourcine possède environ 320 volumes, la plupart reliés. De plus, il y a un assez

(1) A Paris et en province, une messe est dite chaque mois aux mêmes intentions.

© BIU Santé

grand nombre de thèses d'agrégation de doctorat, et les principaux journaux de médecine de 5 ou 6 dernières années. Mais aucun n'est relié, et, faute de place suffisante, ils sont placés sans ordre dans une salle retirée. La bibliothèque a reçu cette année une somme de 400 francs du Conseil Municipal ; c'est ainsi qu'elle a pu s'enrichir de 35 volumes nouveaux.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 15. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Reynier. — 4e *de Doctorat :* MM. Hayem, Fournier, Straus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Reclus.

MARDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 4e *de Doctorat* MM. Brouardel, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pajot, Duplay, Bouilly ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Grancher, Raymond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Le Fort, Panas, Pinard ; — (2e partie) : MM. Ball, Cornil, Debove.

MERCREDI 17. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Fournier, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité). 1re *Série :* MM. Tarnier, Lannelongue, Segond ; — 2e *Série :* MM. Trélat, Guyon, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Potain, Landouzy.

JEUDI 18. — Médec. opér. : MM. Le Fort, Duplay, Peyrot. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) MM. Cornil, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pajot, Panas, Richelot ; — (2e partie) : MM. Peter, Grancher, Hallopeau. — 4e *de Doctorat :* MM. Jaccoud, Proust, Joffroy.

VENDREDI 19. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Lannelongue, Budin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Tarnier, Segond ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Charcot, Potain, Straus ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy.

SAMEDI 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Campenon. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Duplay, Pinard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Panas, Peyrot ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Laboulbène, Ball, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Peter, Cornil, Hutinel.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 18. — M. Delattre. Essai sur l'Histoire de la saignée. — M. Crivelli. Nature et traitement de la blennorrhagie. — *Samedi* 20. — M. Geoffroy. Causes et traitement de l'obésité. — M. Collin. De l'érysipèle curateur et modificateur.

Enseignement médical libre.

Clinique des maladies des femmes à l'Hôtel-Dieu. — M. le Dr GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes le mardi 23 novembre 1886, et le continuera les mardis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. Le jeudi et le samedi, consultation avec examen au spéculum. Tous les jours, à 9 heures, exercices cliniques (salle Sainte-Marie).

Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. — Le Dr DUBUC, ancien interne des hôpitaux, commencera le cours le lundi 15 novembre, à 5 heures, amphithéâtre n° 2 de l'école pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de gynécologie usuelle. — M. le Dr DOLÉRIS, ancien chef de clinique d'obstétrique et de gynécologie, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours complet de gynécologie usuelle le lundi 15 novembre prochain à 3 h. 1/2, 12, rue de Navarre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Ce cours comprendra 25 leçons. On s'inscrit tous les jours de 10 heures à midi, 12, rue de Navarre.

Maladies des yeux. — M. le Dr GALEZOWSKI commencera un cours sur *les maladies des yeux* à l'école pratique de la Faculté, dans l'amphithéâtre, n° 2, mardi prochain le 16 courant, à 8 heures du soir ; il le continuera les jeudis et les mardis suivants à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des affections oculaires qui dépendent des maladies cérébrales et spinales.

NÉCROLOGIE.

Mort de E. Paul BERT.

Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la nouvelle du décès de M. Paul BERT ; nous lui consacrerons, dans le prochain numéro, un article spécial.

Albert Delaine.

Il est dit que, chaque année les internes de l'hôpital de la Charité paieront un lourd tribut à la mort qui fait de si larges vides dans le corps de l'internat. Après Jarry, Rivet, Ayrolles, c'est DELAINE, interne de deuxième année, qui vient d'être enlevé à l'affection de sa famille et à celle de ses camarades. Travailleur assidu, Delaine avait, pendant sa dernière année d'externat, contracté les germes de la tuberculose pulmonaire. Loin de se reposer, une fois reçu interne, il voulut rester sur la brèche, et, dès sa première année, il était lauréat de la Société de chirurgie pour un remarquable mémoire sur l'*élongation des nerfs*. C'est au milieu de ses travaux qu'il a été surpris par la mort et tous ses amis ont tenu à aller lui donner un dernier témoignage d'affection. C'est au milieu de ses camarades et devant ses parents éplorés que M. J. Belin, son collègue, a retracé, en termes aussi élevés que touchants, la vie d'Albert Delaine, enlevé prématurément à l'âge de 25 ans, à la science, à une famille qui le chérissait. — G. T.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 31 octobre 1886 au samedi 6 nov. 1886, les naissances ont été au nombre de 1068 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 416 ; illégitimes, 140. Total, 556. — *Sexe féminin* : légitimes, 377 ; illégitimes, 135. Total, 512.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 oct. 1886 au samedi 6 nov. 1886, les décès ont été au nombre de 953, savoir : 486 hommes et 467 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 6, T. 13. Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 5, F. 7, T. 12. — Scarlatine : M. 6, F. 1, T. 7. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 6 F. 11, T. 17. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 4, F. 2, T. 6. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 9, F. 28, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 135, F. 85, T. 216. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 10, T. 19. — Autres affections générales : M. 32, F. 44, T. 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21, F. 23, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 12. T. 26. — Pneumonie : M. 15, F. 27, T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 11, T. 19. — Athrepsie : M. 42, F. 26, T. 68. — Autres maladies des divers appareils : M. 157, F. 153, T. 310. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 15, F. 7, T. 22. — Causes non classées : M. 3, F. 7, T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 14. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 13. Total : 46.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les questions posées à l'épreuve orale d'anatomie ont été : *Conformation extérieure et rapports du foie ; Muscle sterno-cleido-mastoïdien ; Parois osseuses des fosses nasales ; Rapports de la trachée ; Artère fémorale ; Articulation du coude.*

CONCOURS POUR L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — La question posée à l'épreuve orale, dite session des volontaires, a été de : *Nerfs intercostaux ; du zona.*

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON. — Le concours, qui a eu lieu le 26 et le 27 octobre 1886, s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Demias, Lyonnet, Chaussade, Ollier, Charrin, Porte, Despeignes, Odin, Benoit dit Becker, Commandeur, Philippe, Morard, Aurand, Couturier, Thévenet, Nové, Josserand, Villard, Giraud, Chambaud, Jassoud, Guérin, Bisch, Saint-Cyr, Gantin, Cuniot, Gounon, Merlin, Margery, Dumonal, Marin, Croizat, Thénoz, Trouillet, Barral, Levrat, Guillermaud, Marqueyrol. Les vingt premiers entrent en exercice immédiat.

CONCOURS POUR SIX PLACES DE PHARMACIENS ADJOINTS DES HÔPITAUX DE LYON. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Charbonnel, Soyet, Mondet, Mayret, Jacquet, Chevrier. Ont été nommés en outre comme suppléants : MM. Mannin, Dequillon, Laurent, Roussel, Jeannin, Allemand.

CONCOURS POUR LE PRIX CIVIALE. — Les juges de ce concours sont : MM. Vidal, Guyot, Féréol, Léon Labbé et Guyon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Un congé, sans traitement, est accordé sur sa demande, pendant l'année scolaire 1886-1887, à M. Vasseur, préparateur-adjoint de géologie à la Faculté des sciences de Paris. Un congé, sans traitement, est accordé sur sa demande, pendant l'année scolaire 1886-1887, à M. Bergeron, préparateur de géologie à la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours libres autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire* 1886-87, *par le conseil général des Facultés les* 19, 26 *juillet et* 25 *octobre* 1886. — MM. les Drs APOSTOLI : *Introduction physique à l'électricité médicale. — Applications thérapeutiques à la médecine, à la chirurgie et à la gynécologie*, mercredi à 4 h (Amph. n° 3) ; ouverture le mercredi 17 novembre. — AUVARD : *La grossesse, l'accouchement, les suites de couches, la pathologie obstétricale et la dystocie.*

© BIU Santé

mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2 (Amph. nº 3); ouverture le mardi 16 novembre. — DESNOS : *Pathologie externe : Maladies chirurgicales de la prostate et de la vessie*, mardi et samedi, à 5 heures (Amph. nº 2); ouverture le mardi 23 novembre. — DURAND-FARDEL : *Les eaux minérales et les maladies chroniques*. — DUBUC : *La pathologie et la chirurgie de l'appareil urinaire (maladies de l'urèthre, maladies de la prostate, maladies de la vessie)*, lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. (Amph. nº 2); ouverture le lundi 15 novembre. — DUPUY : *Physiologie et pathologie du système nerveux central*, mardi et vendredi, à 4 h. (Amph. nº 1); ouverture le vendredi 3 décembre. — DE BEURMANN : *Thérapeutique pharmacologique. — Etude des principaux médicaments, de leur action physiologique et de leurs applications thérapeutiques*, jeudi et samedi, à 4 h. (Amph. nº 4); ouverture le jeudi 2 décembre. — GALEZOWSKI : *Etude complète des rapports qui existent entre les maladies cérébrales et oculaires*, mardi et jeudi, à 8 h. (Amph. nº 2); ouverture le mardi 16 novembre. — GILLET DE GRANDMONT : *Médecine opératoire oculaire ; exercices pratiques*, lundi et vendredi, à 8 h. du soir (Amph. nº 2); ouverture le lundi 15 novembre. — HAMONIC : *Syphiligraphie*, lundi et vendredi à 8 h. (Amph. nº 3); ouverture le vendredi 19 novembre. — NEPVEU : *Pathologie externe*. — OLIVIER : *Cours complet d'accouchements*, mardi et vendredi à 3 h. 1/2 (Amph. nº 2); ouverture le mardi 16 novembre. — PICARD (Henri) : *Maladies de l'appareil urinaire*, mardi et samedi, à 5 h. (Amph. nº 1); ouverture le mardi 16 novembre. — PICQUÉ : *Pathologie externe*, jeudi, à 8 h. (Amph. nº 3); ouverture le jeudi 2 décembre. — VERCHÈRE : *Séméiologie chirurgicale*, lundi et vendredi, à 5 heures (Amph. nº 1); ouverture le lundi 15 novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie*. — I. Cours de médecine légale pratique à la Morgue. Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le mercredi 10 novembre 1886, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ordre du cours : les mercredis, M. le prof, BROUARDEL ; les vendredis, M. le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — II. Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie. Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie, appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 13 novembre 1886, les mardis, jeudis et samedis. Ordre du cours : les jeudis à 4 heures, M le Dr DESCOUST, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis à 3 heures, à M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis à 3 heures, M. OGIER, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie. — III. Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences. Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1º MM. les docteurs en médecine ; 2º MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat. Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker : M. LE FORT commencera son cours le mardi 16 novembre 1886, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. — *Cours de pathologie chirurgicale* : M. LANNELONGUE a commencé son cours le mercredi 10 novembre 1886, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — *Cours d'histoire de la médecine* : M. LABOULBÈNE commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 13 novembre 1886, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — *Cours d'anatomie pathologique* : M. le professeur CORNIL a commencé le cours d'anatomie pathologique le mercredi 10 novembre 1886, à 5 heures de l'après-midi, à la Faculté (Grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure (à la Faculté), les lundis à l'Ecole pratique, à 1 heure 1/2, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au 2e étage). M. Cornil pratiquera les autopsies ; tous les jours à 10 heures (amphithéâtre Bichat). Le jeudi, à la même heure, démonstrations anatomiques.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Un congé d'inactivité, pendant l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guesdon, préparateur à la Faculté des sciences de Caen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. COLLARDEAU, professeur agrégé à la Faculté de Clermont, est chargé, en outre, de faire deux conférences de physique par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1886-1887.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Les professeurs, les chargés de cours et agrégés en exercice de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, sont convoqués, le lundi 22 novembre 1886, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Douai, en remplacement de M. Pilat, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. DANIS (Jules-Victor), bachelier ès sciences, est nommé préparateur adjoint de chimie générale à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Cotton, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un concours s'ouvrira le 4 mai 1887 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. VALLERANT, professeur agrégé au lycée de Marseille, est chargé, en outre, de faire deux conférences de minéralogie par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1886-1887.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. PÉCHONTRE, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques de botanique à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Hérail, appelé à d'autres fonctions. — M. LANDES, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Sauvageau, appelé à d'autres fonctions. M. THOMAS, licencié ès sciences mathématiques, est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Bénézech, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. TAPIE, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Carrieu, appelé à d'autres fonctions. — M. GUIBERT, aide d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Courrent, dont la délégation est expirée. — M. GERBAUD est chargé d'un cours d'accouchement à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. ROLLIN, bachelier ès sciences, chargé des fonctions de préparateur de chimie organique à la Faculté des sciences de Nancy, est nommé préparateur de chimie organique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ruttinger, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. SCHNEIDER, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de botanique à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. FRANÇOIS, docteur ès sciences, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle à la faculté des sciences de Rennes. — M. SIRODOT, licencié ès sciences, est nommé préparateur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Sacher, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. GRELET, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du cours de matière médicale à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Gurlie, démissionnaire. — M. LEIDIÉ, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux pratiques de chimie élémentaire et de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. HÉRAIL, pharmacien de 1re classe, est nommé chef des travaux pratiques de botanique micrographique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. MOUTIER, suppléant d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé à ladite Ecole, à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Maheut, nommé professeur honoraire.

ECOLE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. PICHARD, professeur agrégé de physique au lycée de Bourges, est nommé préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes, et attaché en cette qualité au laboratoire de chimie minérale établi à l'Ecole normale supérieure, en remplacement de M. Didier.

© BIU Santé

ECOLE SUPÉRIEURE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. GUILLAUMET, suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est chargé d'un cours d'histoire naturelle à ladite Ecole.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — M. LACHAISE, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé à partir du 1er novembre 1886, professeur d'anatomie à ladite Ecole.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Vienne:* M. le Dr LUSGARTEN, assistant de clinique dermatologique, est nommé privat docent de dermatologie. — *Bonn* : Ouverture d'un Institut pathologique le 30 octobre, professeur Köster. — *Strasbourg :* Inauguration d'une clinique psychiatrique à la Faculté de médecine.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE MONTPELLIER. — A la suite du scrutin qui a eu lieu le 25 octobre 1886 pour l'élection au Conseil académique de Montpellier d'un délégué de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Estor, M. PORTIN, professeur d'hygiène à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

CHOLÉRA. — *Allemagne :* On annonce l'apparition du choléra dans deux bourgs voisins de Mayence: Finthen et Gonsenheim. Les plus minutieuses précautions ont été prises. — *Italie* : On signale aussi quelques cas à Milan et à Gênes.

BIBLIOTHÈQUE DES INTERNES EN PHARMACIE : *Hôpital Bichat.* — Les internes en Pharmacie de l'hôpital Bichat, au nombre de trois, ont fondé il y deux ans une bibliothèque dont les livres de leur collègue Play, mort en exercice (1884) ont été le noyau. Cette bibliothèque, grâce aux subventions du Conseil Municipal et à quelques dons particuliers comprend plus de cent volumes scientifiques. Il est regrettable que dans cet hôpital où se font de nombreuses analyses de liquides pathologiques il n'y ait pas un laboratoire attaché à la pharmacie déjà trop petite.

ERRATUM.—Dans la communication au Congrès de chirurgie du Dr Reliquet, page 887 (N° 43), il faut lire : *Néphrotomie* au lieu de *Néphrectomie.*

VACANCES MÉDICALES. — On demande un médecin dans un chef-lieu de canton situé en Normandie, à 120 kilomètres de Paris. Pour les renseignements s'adresser aux bureaux du *Progrès médical*, de 1 heure à 5 heures.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr CHARPIGNON (d'Orléans), est mort il y a quelques semaines. Homme modeste et d'une très grande érudition, il a publié, entre autres travaux, une excellente traduction d'Hippocrate. — On annonce la mort de M. le Dr BACH, professeur honoraire de l'ancienne Faculté de médecine française de Strasbourg et de la Faculté de Nancy, mort le 3 novembre dernier, à l'âge de soixante-treize ans, à Bergheim (Alsace). Il était venu à Nancy après la guerre de 1870. Praticien estimé, il était le frère du professeur Bach, doyen honoraire des Facultés des sciences de Strasbourg et de Nancy, dont nous avons, en 1885, annoncé la mort. — M. le Dr WIGAND, directeur du jardin botanique de Marbourg et professeur à l'Institut de pharmacie, auteur d'un *Traité de pharmacognosie.* — M. le Dr DEFLANDRE, médecin de la Compagnie des chemins de fer du Nord et du bureau de bienfaisance, à Bohain (Aisne), décédé le 30 octobre 1886 à soixante ans ; — M. le Dr AIGUILHON (de Riom), médecin de l'hôpital ; — M. le Dr FAUTON (de Licques (Pas-de-Calais). — M. le Dr JULIAN REY BARREAU Y CASTRO vient de mourir à Paris, à l'âge de vingt-neuf ans, victime de la tuberculose pulmonaire. D'origine havanaise, il vint à Paris en 1875 et passa dernièrement une thèse intitulée : *Contribution à l'étude de la névrite traumatique.* — M. DELAINE, interne des hôpitaux de Paris, vient de succomber à Neuilly (Seine). Ses obsèques ont eu lieu le 9 novembre.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT continue chaque mardi ses conférences cliniques à la consultation de la Salpêtrière et recommencera le lundi 15 novembre ses leçons à l'amphithéâtre.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. HALLOPEAU, lundi, consultation externe ; mardi, conférence clinique ; mercredi, visite générale et polyclinique (H.) ; jeudi, examen des teigneux ; vendredi, visite générale et polyclinique (F.).

HÔTEL-DIEU : *Médecine.* — M. le Pr G. SÉE. Visite à 9 heures et demie. Consultation le mardi. Lundi, clinique sur la thérapeutique. Vendredi, clinique sur le diagnostic. — Salle Saint-Christophe (H.). — Salle Saint-Joseph (H.). — Salle Sainte-Jeanne (F.).

M. BUCQUOY. Visite à huit heures et demie. Consultation le vendredi. Tous les jours, examen au lit des malades. — Salle Saint-Thomas (H.) : 1, leucocythémie splénique ; 3, cancer de l'estomac ; 4, rétrécissement aortique, 7, asystolie ; 8, paralysie saturnine ; 10, hémianesthésie hystérique ; 14, mal de Brigth ; 18, laryngo-typhus ; 21, gomme du grand pectoral. — Salle Sainte-Anne (F.) : 7, mal de Brigth ; 9, amaurose saturnine ; 10, péricardite chronique ; 12, lithiase biliaire ; 16, fièvre typhoïde ; 18, goître exophtalmique ; 20, ulcère simple de l'estomac ; 22, insuffisance et rétrécissement aortique ; 30, tumeur cérébrale.

M. EMPIS. Visite à sept heures et demie. Consultation le lundi. — Salle Saint-Charles (H.) : 1, laryngite tuberculeuse ; 4, syphilis, gastrite alcoolique ; 5, endocardite aiguë ; 9, rhumatisme articulaire aigu ; 26, hémiplégie syphilitique. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 2, rhumatisme noueux ; 6, polype de l'utérus ; 19, insuffisance et rétrécissement aortiques ; 22, paralysie générale ; 28, hystérie, manie ; 29, rétrécissement mitral.

M. MOUTARD-MARTIN. Suppléant : M. FAISANS. Jour de consultation, mercredi à 10 heures. — Salle Sainte-Monique (F.) : 1, rétrécissement mitral ; 4, mélanose cutanée ; 7, aphasie ; 14, carcinome stomacal ; 15, corps fibreux de l'utérus ; 19, hystérie ; 22, chloro-anémie ; 24, fièvre muqueuse. — Salle Saint-Augustin (H.) : 1, fièvre paludéenne ; 11, péritonite tuberculeuse ; 11 *bis*, rétrécissement et insuffisance aortiques ; 12, péricardite ; 15, tuberculose pulmonaire ; 18, gangrène pulmonaire ; 23, rhumatisme articulaire ; 24 *bis*, fièvre muqueuse ; 28, maladie d'Addison.

M. GALLARD. Visite à neuf heures et demie. Consultation le jeudi, le même jour, examens au spéculum à l'Amphithéâtre spécial de la clinique gynécologique. — Saint-Louis (H.) : 1, fièvre typhoïde ; 2, tumeur cérébrale ; 3, lésion mitrale ; 4, néphrite à frigore ; 5, bronchite chronique, scoliose ; 7, dilatation des bronches ; 16, paralysie saturnine ; 23, lésion mitrale et aortique ; 25, rétrécissement mitral ; 26, arthrite blennorrhagique ; 29, ulcère variqueux, varices de la paroi abdominale. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, phtisie galopante ; 2, ovarite ; 5, métrite hémorrhagique ; 6, avortement ; 8, kyste de l'ovaire ; 9, asystolie ; 19, épithéliome utérin ; 20, ulcère simple de l'estomac ; 23, retroversion avec phlegmasie rétro-utérine ; 24, phlegmasie péri-utérine ; 25, allongement hypertrophique du col, phlegmasie rétro-utérine ; 31, rétroversion, polype utérin ; 32, ovarite gauche ; 42, ovarite gauche.

M. MESNET. Visite à neuf heures. Consultation le samedi. — Salle Saint-Denis (H.) : 3, manie rhumatismale ; 6, œdème rhumatismale du bras ; 7, rétrécissement mitral ; 13, cancer primitif du foie ; 15, cancer du pylore, cancer secondaire du foie ; 30, cirrhose atrophique ; 32, kystes hydatiques multiples du péritoine. — Salle Sainte-Martine (F.) : 2, mal de Bright, urémie ; 6, ataxie locomotrice, insuffisance aortique ; 7, insuffisance mitrale ; 10, pelvi-péritonite ; 15, rétrécissement mitral.

Chirurgie. — M. le Professeur RICHET, suppléé par M. RECLUS. Visite à neuf heures. Consultation le lundi, mercredi, vendredi. Jour des leçons, indéterminé. — Salle Saint-Landry (H.) : 1, abcès de la crête iliaque consécutif à la fièvre typhoïde ; 4, fracture comminutive de la jambe ; 7, abcès confluent, mal de Pott ; 8, fracture du bras ; 9, tumeur blanche ; 11, adénite tuberculeuse, péritonite tuberculeuse, perforation vésicale ; 14, fracture du col ; 18, paralysie du moteur oculaire commun ; 28, mal de Pott sous-occipital. — Salle Notre-Dame (F.) : 17, luxation de l'épaule datant de 4 mois ; 4, contusions multiples sans fractures (chute du 4e étage) ; 14, fibrôme utérin ; 8, lipome de l'épaule gauche ; 16, cancer du sein ; 10, pied-bot varus équin, suite de myosite syphilitique.

M. TILLAUX. Visite à huit heures et demie. Consultation le mardi, jeudi, samedi. Leçons et opérations, lundi, mercredi. Examen clinique au lit du malade, vendredi.—Salle Sainte-Marthe (F.) : 1, tumeur du mésentère ; 6, fracture de l'humérus ; 7, fracture de cuisse ; 22, kyste de l'ovaire osseux et guéri ; 23, fracture orthopédique des deux cuisses ; 24, sarcome de l'ovaire (récidive). — Salle Saint-Côme (H.) : 1, polype naso-pharyngien ; 10, enchondrome des doigts, sarcome du tibia ; 14, fracture compliquée de jambe ; 21, carie de la tête de l'humérus ; 3, calcul vésical ; 13 *bis*, épithélioma de la lèvre inférieure.

Maladie des yeux. — M. le professeur PANAS. — M. VALUDE, chef de clinique. M. VASSAUX, chef de laboratoire. — Visite à neuf heures et demie. Opérations et clinique, lundi et vendredi. Ophtalmoscope, mercredi. Consultation tous les jours à Sainte-Agnès. — Salle Saint-Julien (H.) : 1, conjonctivite purulente ; 2, énucléation ancienne ; 3, cataracte ; 4, perforation de la cornée ; 5, atrophie du nerf optique ; 6, cancroïde de la paupière inférieure ; 7, hémorrhagie de la rétine ; 15, choroïdo-rétinite syphilitique ; 17, ectropion ; 20, abcès de la cornée ; 25, brûlure de la face ; 35, kératite interstitielle ; 36, décollement rétinien.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 47. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 NOVEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

De la paralysie ourlienne ;

Extrait de la leçon faite à la Clinique des Enfants-Malades, en janvier 1885 ;

Par A. JOFFROY.

(Recueillie et résumée par A. Gilbert, interne du service).

Messieurs,

Récemment vous avez vu se succéder dans nos salles plusieurs malades atteints d'oreillons. Après avoir présenté pendant quelques jours une tuméfaction douloureuse des parotides, accompagnée d'un mouvement fébrile et de légers troubles gastriques, ils n'ont pas tardé à quitter l'hôpital complètement guéris. Vous avez eu ainsi l'image d'une affection d'une bénignité peu commune.

A plusieurs reprises j'ai pris soin de vous rappeler que pour être habituelle la bénignité des oreillons n'est toutefois pas constante. Un grand nombre de complications peuvent en traverser le cours ou en marquer la convalescence. Je vous les ai énumérées en détail, et je vous ai fait remarquer leur localisation habituelle sur le système glandulaire. Aujourd'hui, je veux sortir du domaine des faits acquis, et m'efforcer d'établir devant vous l'existence d'une complication des oreillons qui n'a pas encore été signalée à ma connaissance, je veux parler de la *paralysie ourlienne*.

Vous n'ignorez pas que la plupart des maladies infectieuses peuvent s'accompagner de troubles paralytiques que l'on considère, à tort ou à raison, comme résultant d'une action exercée par leurs agents pathogènes sur les nerfs périphériques et les racines rachidiennes ou la moelle épinière. C'est ainsi que la diphthérie, la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, pour prendre quelques exemples, comptent parmi leurs complications des paralysies dont les caractères cliniques sont parfaitement connus. L'on pouvait s'étonner de voir les oreillons échapper à la loi commune, d'autant que, si dans cette affection les glandes sont spécialement frappées, les autres organes n'y demeurent pas toujours indemnes, et que le système nerveux, en particulier, y décèle parfois son atteinte par des troubles auditifs et visuels ou même par des troubles de l'intelligence.

Or, j'ai eu l'occasion d'observer un enfant qui, pendant la convalescence des oreillons, a été pris de phénomènes paralytiques que je crois devoir rattacher à la maladie antécédente. Je veux vous rapporter son histoire, et vous mettre ainsi à même d'apprécier la valeur de mon interprétation.

Il s'agit d'une enfant de quatre ans et demi qui me fut amenée, au commencement de juin 1884, par son père, médecin d'une petite ville de province, pour des symptômes de paralysie, qu'un chirurgien des hôpitaux crut devoir rattacher à un mal de Pott, pendant que d'un autre côté un médecin expérimenté pensait à une paralysie spinale subaiguë.

La petite malade était paralysée des quatre membres. Les membres inférieurs étaient flasques et ne permettaient à l'enfant ni de marcher ni de se tenir debout. La flexion et l'extension du pied sur la jambe et de la jambe sur la cuisse échappaient elles-mêmes à la volonté. Les membres supérieurs, moins atteints, pouvaient encore ébaucher des mouvements de préhension. Il n'y avait ni roideur musculaire, ni contracture. Les réflexes tendineux étaient complètement supprimés. L'exploration électrique révélait l'abolition de la contractilité faradique des muscles et de leur contractilité galvanique. L'abolition de la contractilité électro-musculaire était d'ailleurs aussi absolue aux membres supérieurs simplement parésiés qu'aux membres inférieurs véritablement paralysés. La sensibilité des muscles était notablement exaltée et la pression la plus légère des masses musculaires provoquait une vive douleur. Par contre, la sensibilité cutanée était un peu émoussée et les réflexes cutanés étaient abolis. Les sens spéciaux étaient intacts. Les mouvements du cœur et les mouvements respiratoires étaient réguliers. La miction et la défécation n'étaient point troublées, et si l'on excepte une certaine langueur de l'appétit et une albuminurie légère les fonctions digestives et urinaires pouvaient être considérées comme normales.

En présence de ces symptômes je ne pouvais adhérer à l'avis de l'un ou l'autre de mes collègues des hôpitaux.

D'une part, la suppression des réflexes tendineux, l'intégrité des fonctions de la vessie et du rectum, l'abolition de la contractilité électro-faradique et électro-galvanique des muscles, l'hyperesthésie musculaire et l'anesthésie cutanée unies à l'absence d'abcès par congestion, de déformation et d'endolorissement de la colonne vertébrale me faisaient rejeter sans discussion l'hypothèse de mal de Pott. D'autre part, la diffusion des lésions, l'albuminurie et surtout les troubles sensitifs me faisaient douter de la réalité d'une paralysie infantile.

L'idée d'une paralysie diphthérique me vint immédiatement à l'esprit. J'en avais bien sous les yeux les traits habituels et je comptais sur l'interrogation du père de ma jeune malade pour passer du soupçon à la certitude.

Je devais être d'autant mieux aidé dans mes investigations que j'avais affaire à un médecin instruit et distingué qui avait suivi jour par jour les progrès de l'affection dont son enfant était atteint et en avait tenu une note détaillée.

Contre mon attente, je ne trouvai point la diphthérie que je cherchais, et en son lieu et place je découvris les oreillons.

Voici d'ailleurs, en résumé, d'après les notes et renseignements fournis par le père, quels avaient été les précédents pathologiques de la malade qui m'était amenée.

Le 28 avril 1884, elle avait eu les oreillons. Ceux-ci étaient restés plus prononcés d'un côté que de l'autre et avaient eu une durée de six jours. Au quatrième jour ils s'étaient accompagnés d'une certaine difficulté de la déglutition. La gorge avait été alors examinée et trouvée saine, sauf peut-être un peu de rougeur.

Le 6 mai, à onze heures du soir, s'étaient manifes-

© BIU Santé

tées, pendant une heure environ, des douleurs lancinantes dans les bras.

Le 7 mai, pendant la soirée, s'était déclaré aux organes génitaux un prurit nécessitant un grattage continuel.

Le 8 mai, à dix heures et demie du soir avaient reparu des douleurs lancinantes dans les jambes et dans les cuisses. Elles s'étaient accompagnées de douleurs constrictives siégeant aux pieds et de fourmillements dans les genoux et les parties génitales.

Le 18 mai, c'est-à-dire vingt-et-un jours après le début des oreillons, s'étaient montrés des signes de paraplégie. L'on avait pensé tout d'abord à des accidents rhumatismaux et l'on avait administré du salicylate de soude.

Le 19 mai, l'on avait constaté l'existence d'une albuminurie légère.

Le 21 et le 22 mai, l'albuminurie avait disparu pour reparaître le 23 et devenir alors persistante.

Le 27 mai, c'est-à-dire trente jours après le début des oreillons les membres supérieurs s'étaient paralysés.

Le 28 mai, des pointes de feu avaient été faites le long de la colonne vertébrale. Cette opération avait été ensuite deux fois répétée pendant les premiers jours de juin.

Le 7 juin, des palpitations de cœur avaient été notées. De plus, pendant la nuit, l'enfant avait uriné dans son lit.

C'est alors, qu'effrayés, les parents de la petite malade avaient consulté deux de mes collègues et m'avaient consulté moi-même.

Je vous ai dit combien nos diagnostics furent différents. Les événements donnèrent raison à celui que j'avais formulé.

Un traitement tonique fut institué, des frictions stimulantes furent faites deux fois par jour, l'iodure de potassium fut administré à la dose de 0,25 centigrammes par jour.

Bientôt les mouvements revinrent progressivement dans les membres inférieurs puis dans les membres supérieurs, en même temps que l'albuminurie diminuait d'intensité.

J'ai revu l'enfant à la fin du mois d'août. Elle était alors presque complètement guérie. Cependant les membres n'avaient pas encore recouvré toute leur puissance, ils répondaient à peine à l'excitation électro-galvanique et l'albuminurie apparaissait encore par intervalles.

J'ai appris depuis, par une lettre datée du 5 mars 1885 que ces troubles avaient complètement disparu et que la guérison était parfaite.

Cette observation me semble démontrer, Messieurs, que les oreillons peuvent être suivis de paralysie à la façon de la diphthérie et des autres maladies infectieuses.

Précédée de douleurs lancinantes et constrictives, de fourmillements et de sensations prurigineuses, la paralysie s'est montrée dans le cas que j'ai recueilli vingt-et-un jours après le début de l'affection causale. Elle s'est étendue des membres inférieurs aux membres supérieurs, s'est accompagnée de l'abolition des réflexes, de la suppression de la contractilité électrique, de quelques troubles sensitifs, de perturbations cardiaques et vésicales passagères et d'une albuminurie assez tenace. Puis elle s'est amendée progressivement et a guéri quatre mois environ après son apparition.

Je ne sais si la paralysie ourlienne revêt toujours les caractères que je viens de vous rappeler en peu de mots ; je ne sais si elle est aussi exceptionnelle que le silence des auteurs pourrait le faire supposer ; mais ce que je crois, c'est qu'elle est possible, c'est qu'elle existe, c'est qu'il n'est pas inutile de la connaître, puisque l'ignorance de cette notion peut conduire à de regrettables erreurs de diagnostic.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Recherches servant à établir que certaines manifestations hystériques peuvent être transférées d'un sujet à un autre sujet sous l'influence de l'aimant (1) ;

Par M. le Dr BABINSKI, chef de clinique de la Faculté de médecine à la Salpêtrière.

Sous l'influence de l'application de métaux ou bien encore de l'aimant, on peut voir chez certains sujets quelques manifestations de l'hystérie, telles que l'anesthésie sensitive et sensorielle, les paralysies, les contractures, les arthralgies, lorsqu'elles sont limitées à un côté du corps, disparaître de ce côté et apparaître du côté opposé. C'est là, comme on le sait, le phénomène du TRANSFERT constaté par la commission de la Société de biologie (2), à l'occasion d'un fait remarqué par M. Gellé dans la mensuration qu'il faisait de la distance de l'audition distincte pendant l'application des métaux. Souvent ce transfert d'un côté à l'autre du corps recommence en quelque sorte spontanément sans nouvelle application métallique et se répète un certain nombre de fois de suite. Ce phénomène a été indiqué pour la première fois par M. Charcot, qui lui a donné le nom d'*oscillations consécutives*.

Des recherches nouvelles que nous avons faites dans le service de notre maître M. Charcot, nous ont montré que deux sujets peuvent jouer au point de vue du transfert, l'un par rapport à l'autre, un rôle analogue à celui que joue chez un seul sujet un côté du corps par rapport au côté opposé. Dans nos expériences, les malades ont été placés dans la situation assise, tournés dos à dos. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait contact entre eux, mais s'il y a contact, le transfert est plus rapide que lorsque les malades sont à une certaine distance l'un de l'autre.

Les expériences que nous avons faites doivent être divisées en deux catégories.

A la première catégorie appartiennent des expériences qui ont porté sur deux jeunes filles hystéro-épileptiques ayant chacune une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, toutes deux sujettes à des attaques d'hystéro-épilepsie et présentant au complet les phénomènes du grand hypnotisme, tels qu'ils ont été décrits par M. Charcot.

Voici les diverses expériences que nous avons faites sur ces deux malades et qui toutes ont été répétées un grand nombre de fois.

Nous les avons d'abord mises simplement en rapport l'une avec l'autre, comme il a été dit plus haut, et nous avons placé un aimant à côté de l'une d'elles. Nous avons alors observé qu'une des deux malades d'hémi-anesthésique qu'elle était devient au bout de quelques instants anesthésique totale, et en même temps l'autre malade recouvre la sensibilité dans son côté anesthésié tout en la conservant dans le côté opposé. Puis un nouveau transfert s'opère, même si l'on éloigne l'aimant, la

(1) Communication faite à la *Société de psychologie physiologique*. Séance du 25 octobre 1886.

(2) Commission nommée en 1876 par la *Société de biologie* pour contrôler les expériences de M. Burq sur la métalloscopie.

© BIU Santé

première malade devenue anesthésique totale recouvre la sensibilité dans toute l'étendue de son corps et la seconde malade devient à son tour anesthésique totale, et il se fait ainsi une série d'oscillations consécutives. Lorsqu'on éloigne les deux malades l'une de l'autre, elles reviennent très rapidement à l'état qu'elles présentaient avant l'expérience, c'est-à-dire qu'elles redeviennent toutes deux hémi-anesthésiques.

Nous avons ensuite produit chez ces malades, tantôt chez l'une, tantôt chez l'autre, des paralysies soit flasques, soit avec contracture ; c'est ainsi que nous avons produit tour à tour des monoplégies brachiales, des monoplégies crurales, des hémiplégies, des paraplégies, les unes flasques, les autres spasmodiques.

La malade paralysée était mise alors en contact avec sa compagne, près de laquelle on plaçait l'aimant. Au bout de quelques instants le transfert se produit; la paralysie disparaît chez la première malade et se manifeste en même temps chez la seconde. Le transfert se fait généralement avec la plus grande pureté. La paralysie se transfère avec ses caractères et sa localisation exacts; il nous est arrivé pourtant une fois de voir une monoplégie brachiale simple se transférer sous forme de monoplégie brachiale double. Généralement la paralysie se transfère chez la seconde malade du côté où l'aimant a été appliqué, mais cela n'est pas constant. Il se fait ensuite une série d'oscillations consécutives d'un sujet à l'autre sujet comme pour l'anesthésie. Si l'on éloigne les malades l'une de l'autre, la malade paralysée au moment où l'éloignement se fait reste paralysée, et il faut agir de nouveau par suggestion pour faire disparaître la paralysie.

Puis nous avons produit par suggestion des coxalgies ayant les caractères des coxalgies hystériques. Les coxalgies se comportent, au point de vue du transfert, exactement comme les paralysies.

Voici maintenant une expérience qui diffère des précédentes en ce qu'elle n'a pas son pendant dans les expériences de transfert que l'on pratique chez les sujets isolés. On provoque par suggestion le mutisme hystérique. Ce phénomène se transfère avec la même facilité que les paralysies et les coxalgies.

Ces diverses expériences ont été d'abord pratiquées lorsque les malades se trouvaient dans la période somnambulique du grand hypnotisme.

Mais nous les avons répétées lorsque les malades étaient à l'état de veille et nous avons obtenu les mêmes résultats. Il a été, toutefois, indispensable, lorsque nous voulions obtenir par suggestion un phénomène hystérique, pour le soumettre au transfert, d'hypnotiser préalablement les malades.

Nous avons enfin plongé un des deux sujets dans la période somnambulique du grand hypnotisme, en laissant le second dans l'état de veille. Sous l'influence de l'aimant, il se fait un transfert de ces deux états; au bout de très peu de temps, le premier sujet se réveille et le second devient somnambule.

Pour constater la réalité du somnambulisme, nous nous sommes fondé sur le caractère somatique de cette période : la contracture somnambulique. Passons maintenant à la *seconde catégorie* de nos expériences. Nous avons pris des malades hystériques, hommes ou femmes, présentant des manifestations hystériques, telles que des paralysies flasques ou spasmodiques, non plus artificielles, mais naturelles, c'est-à-dire survenues indépendamment de toute suggestion de notre part, et qui ont motivé l'admission de ces malades à l'hospice. Ces malades, pour la plupart, n'ont jamais été hypnotisés, et, dans les expériences suivantes, ils ont été laissés à l'état de veille. Nous avons placé les malades en rapport avec l'un ou l'autre des deux sujets dont nous avons parlé plus haut, que nous plongions dans la période somnambulique du grand hypnotisme, et à côté duquel nous mettions l'aimant. Nous avons alors observé que le sujet hypnotisé ne tarde pas, sous cette influence, à présenter les mêmes accidents que l'hystérique à côté duquel il se trouve. Cependant la transmission de ces paralysies se fait parfois avec moins de pureté que dans les expériences de la première catégorie.

Mais une différence beaucoup plus grande sépare les expériences de la première catégorie de celle de la seconde; en effet, dans ces dernières, il n'y a pas, à proprement parler, de transfert. Les accidents hystériques se transmettent au sujet hypnotisé, mais persistent avec tous leurs caractères chez les malades qui en sont primitivement atteints.

Pourtant, en répétant un certain nombre de fois ces expériences, on arriverait peut-être à faire disparaître ces paralysies, et il y aurait là une méthode de traitement. Nous avons observé, en effet, dans un cas, à la suite de deux expériences consécutives, une contracture spontanée d'un membre inférieur s'atténuer notablement. — Nous nous proposons, du reste, de poursuivre ces recherches.

Nous ferons remarquer que les faits que nous venons de signaler diffèrent essentiellement de certaines observations déjà anciennes (1), qui démontrent seulement que l'aimant peut agir à distance chez un malade mis en rapport avec un autre malade *dont le corps sert de conducteur*. Voici, par exemple, une des expériences de MM. Proust et Ballet. « Deux hystériques, l'une hémianestésique gauche, l'autre hémianestésique droite se tiennent par la main ; on applique des aimants à côté de la première; au bout d'une heure, les deux malades recouvrent la sensibilité générale dans leur côté anesthésié. » — Ces observations n'ont aucune analogie avec les nôtres.

Nous nous sommes placé dans des conditions telles que toute idée de simulation ou de suggestion doit être absolument écartée. Il faut noter d'abord que ces expériences ont donné, dès le début, les mêmes résultats que lorsqu'elles ont été répétées plusieurs fois.

Lorsque nous produisions, par suggestion, chez un sujet, un phénomène tel que paralysie ou mutisme, que nous proposions de soumettre au transfert, l'autre sujet était éloigné de façon à ce qu'il lui fût impossible de savoir ce qui avait été fait et nous couvrions le premier sujet d'un voile dissimulant complètement les différentes parties de son corps.

Lorsque nous mettions en rapport avec les malades atteints de paralysie spontanée, une hystérique hypnotisée, nous prenions toutes les précautions nécessaires pour que celle-ci ignorât complètement quel était le malade en rapport avec elle, et ne pût savoir de quels accidents il était atteint.

Enfin l'aimant a toujours été appliqué à côté du membre supérieur, même lorsqu'il s'agissait de phénomènes localisés dans le membre inférieur (2).

(1) Voir à ce sujet l'ouvrage de Maggiorani : *Influenza del Magnetismo sur la vita animale*, et le travail de MM. Proust et Ballet : L'*Action des aimants sur quelques troubles nerveux et spécialement sur les anesthésies* (Journ. de thérap. 1879).

(2) Une nouvelle communication sur la transmission de phénomènes nerveux d'un sujet à un autre sujet a été faite par M. Babinski à la Société de biologie (séance du 6 novembre 1886).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Paul Bert.

Il a paru impossible, à certains de nos confrères, de séparer, dans l'œuvre de Paul Bert, le savant de l'homme politique. Les mêmes rancunes, les mêmes haines, les mêmes passions avec lesquelles ils ont jugé le libre-penseur, le réformateur de l'enseignement, l'ennemi du cléricalisme, ils les ont apportées dans l'examen des titres scientifiques du professeur de la Sorbonne. A les lire, c'est presque audacieux que d'admirer dans Paul Bert l'un des maîtres de la science contemporaine; c'est déplacé de vouloir mettre au premier rang ses longs et patients travaux de physiologie. Et ce n'est pas seulement la valeur de la découverte, c'est l'originalité du caractère qu'ils essayent insidieusement d'amoindrir. Nos richesses scientifiques sont-elles donc devenues si embarrassantes que l'on puisse, de gaieté de cœur, diminuer l'œuvre du successeur de Claude Bernard? L'intérêt d'un parti commande-t-il véritablement la dépréciation de nos gloires nationales?

Combien, depuis vingt ans, dans toute l'Europe, compte-t-on de travaux dignes d'être comparés aux recherches de Paul Bert sur la *Pression barométrique*? Est-il beaucoup de découvertes qui aient autant étonné le monde savant que celle de la *toxicité de l'oxygène*, ce gaz vivifiant capable de devenir un des poisons les plus dangereux? Connaissons-nous un grand nombre d'expériences aussi immédiatement fécondes en résultats pratiques, aussi profitables à l'humanité que celles de Paul Bert sur l'*air comprimé*? Les accidents dus à la décompression brusque chez les ouvriers employés à la construction des piles de pont, à la pêche du corail, au sauvetage des navires submergés, la *maladie des plongeurs*, la paralysie des pêcheurs, tout cela a disparu depuis 1875. Cette découverte se traduit chaque année par l'économie de nombreuses existences humaines; n'est-ce donc rien qu'un tel résultat? n'est-ce donc rien que d'avoir déterminé la cause *du mal des montagnes*, d'avoir signalé aux aéronautes le véritable danger de leurs ascensions et le moyen de le prévenir à coup sûr? La diminution de la pression barométrique n'agit sur les êtres vivants qu'en diminuant la tension de l'oxygène dans l'air qu'ils respirent, dans le sang qui anime leurs tissus et en les exposant ainsi à des menaces d'asphyxie. La pression elle-même ne compte pas; désormais, pour s'élever aux plus grandes hauteurs, il suffira d'emporter avec soi quelques ballons d'oxygène. Voilà le remède; plus il est simple, plus grande est la découverte.

Nous ne parlons ici que des résultats pratiques, que des recherches intéressant directement la médecine; mais c'est là une des moindres parties de l'œuvre scientifique de Paul Bert. Cet air comprimé, dont il a si nettement précisé les effets sur l'homme, devient, entre les mains de l'illustre physiologiste, un réactif des plus puissants et des plus délicats pour reconnaître partout la présence de la vie; il l'emploie à la détermination des ferments figurés, à l'étude des *virus et des venins*, à l'analyse de toutes les fonctions de l'animal et de la plante; il résout, grâce à cet agent, les plus intéressants problèmes de la physiologie générale. Faut-il rappeler que tout récemment encore c'est par l'emploi de l'air comprimé que M. Chauveau a obtenu une nouvelle méthode d'atténuation des virus?

Les lecteurs du *Progrès médical* connaissent d'ailleurs l'importance de tous ces travaux, et il serait bien inutile de leur présenter, à eux, une revue bibliographique des recherches de Paul Bert. Si nous avons rappelé les fameuses expériences sur l'oxygène et sur l'air comprimé, c'est pour rendre plus évidente la mauvaise foi de ceux qui n'ont pas pu abandonner leurs ressentiments, qui ont été également incapables de rendre hommage au savant et justice au courageux administrateur du Tonkin.

Les sujets d'étude qui ont éveillé l'attention de Paul Bert appartiennent à tous les ordres de la science : partout où il pouvait appliquer la méthode expérimentale, il a apporté son admirable originalité scientifique, qu'il s'agisse de zoologie, de botanique, de chimie, de physiologie ou de médecine. Ce n'est pas ici le lieu d'analyser ses intéressants mémoires sur les *Mouvements de la Sensitive* et sur la *Physiologie de la Seiche* : pour la première fois, et on sait avec quel succès, l'expérimentation remplaçait la contemplation dans l'étude complète d'une plante et d'un animal. — Un ensemble de recherches d'une portée plus haute est celui qui a trait à la *Greffe animale* et à la *Vitalité des tissus animaux*. Les conclusions en sont des plus importantes : elles établissent en effet l'autonomie absolue des éléments constitutifs des tissus et elles prouvent la conductibilité indifférente des fibres nerveuses (expériences de la queue de rat, du rat à trompe, etc.). — Ce sont là les premiers travaux de Paul Bert : il les exécutait pendant ses études médicales, pendant son séjour chez Claude Bernard et pendant son professorat à la Faculté des sciences de Bordeaux.

Depuis son retour à Paris (1869) jusqu'à son départ pour le Tonkin, c'est toute une série de travaux originaux qui se succèdent dans les comptes rendus de l'Académie des Sciences et dans les bulletins de la Société de Biologie.

La méthode expérimentale qu'il applique à l'étude de la respiration lui fournit les plus beaux résultats. Elle lui montre que les différents tissus d'un même animal n'absorbent pas des quantités égales d'oxygène ; que les muscles en absorbent plus que la rate, les nerfs plus que les reins, etc. Elle lui indique que cette consommation d'oxygène varie suivant les animaux expérimentés ; que le muscle d'un animal à sang chaud en consomme plus que celui d'un animal à sang froid, celui d'un adulte plus que celui d'un nouveau-né, etc. Les découvertes abondent, les faits nouveaux s'accumulent, les vieilles hypothèses ne résistent pas une seconde : c'est tout un chapitre de l'histoire de la respiration à ajouter à ceux qui avaient été écrits depuis Lavoisier jusqu'à Cl. Bernard. La *respiration élémentaire* étant établie, ce sont les *mécanismes respiratoires* qui viennent réclamer le contrôle de l'expérience. Et là encore, ce sont de véritables hécatombes d'anciennes théories, surtout en ce qui concerne la fonction chez certains vertébrés, chez les reptiles. Puis, c'est l'histoire de la *submersion*, l'histoire de la *résistance des nouveau-nés à l'asphyxie*, de la *contractilité pulmonaire*, qui sont l'objet d'une critique ne laissant presque rien d'intact sous ses coups. Nous n'en finirions pas, si nous voulions simplement énumérer les découvertes résumées dans les *leçons sur la Respiration*. Pour longtemps encore, il y a là une mine considérable de matériaux d'étude.

Appelé à succéder à Flourens au Muséum, Cl. Bernard, dont l'enseignement se trouvait ainsi surchargé, abandonna sa chaire de la Sorbonne et désigna pour son successeur son brillant élève, Paul Bert. C'est dans ce laboratoire de la Sorbonne que furent commencées, grâce à la générosité de M. Jourdanet, ces célèbres études sur la pression barométrique, études qui, interrompues par la guerre de 1870 et par les événements politiques, furent continuées pendant sept ans et valurent à leur auteur le grand prix décennal de l'Académie des Sciences. Nous

© BIU Santé

avons déjà dit quelle place ce grand travail, publié en 1878, occupe dans la science contemporaine.

Au commencement de sa vie scientifique, Paul Bert disait que le but de la physiologie n'est pas seulement d'apporter un simple secours, si important qu'on le suppose, à la médecine. Aussi, jusqu'à ces dernières années, les applications médicales ne le tentent guère: bientôt cependant, sous l'influence des découvertes sur la pression barométrique, il cherche les déductions pratiques de ses expériences. C'est l'étude des *Anesthésiques* qui a été l'objet de ses dernières préoccupations au laboratoire. Le *protoxyde d'azote* et le chloroforme ont été successivement examinés d'après les principes de la méthode expérimentale, puis maniés de façon à donner une sécurité complète aux chirurgiens et aux accoucheurs. Le premier de ces agents, employé avec le mélange d'un quart d'oxygène, sous la pression d'un quart d'atmosphère, provoque une anesthésie des plus régulières et des plus inoffensives.

Malheureusement, il exige un déploiement d'appareils que le médecin ne peut guère se procurer pour la clientèle civile : aussi ce procédé ne peut-il être employé que dans nos grands hôpitaux. Quoiqu'il en soit, Paul Bert a montré que le protoxyde d'azote est, dans ces conditions, le moins dangereux de tous les agents utilisés. Le chloroforme et l'éther sont à coup sûr d'un maniement beaucoup plus périlleux ; les accidents qu'ils provoquent restent souvent indéterminés et, par suite, les précautions indiquées deviennent fréquemment illusoires. Grâce aux dernières expériences de P. Bert, l'emploi du *chloroforme* est scientifiquement réglementé : au lieu d'opérer à l'aveugle, comme on l'a fait jusqu'ici, il faut administrer le chloroforme en proportions déterminées avec l'air inspiré. C'est là, semble-t-il, une indication banale, tant la notion de la dose est importante en thérapeutique : et cependant l'application de la découverte de Paul Bert est encore loin d'être généralisée.

Pour être moins directement utiles à la pathologie et à la thérapeutique, les expériences sur l'*action de la lumière*, sur la *coloration des animaux*, sur l'*asphyxie*, l'*apnée*, sur l'*origine du sucre de lait*, sur la *rigidité cadavérique*, etc., etc., ont cependant fourni à la médecine de précieuses indications. Mais, nous l'avons déjà dit, c'est l'étude des questions de science pure, c'est l'histoire naturelle des animaux et des plantes qui a peut-être à revendiquer la plus large part dans les travaux de Paul Bert : il ne nous appartient pas ici d'apprécier ce côté de son œuvre scientifique. En dégageant de cette œuvre les découvertes qui, au point de vue médical, nous intéressent plus particulièrement, nous avons simplement essayé d'en montrer la hardiesse et l'originalité ; nous avons voulu rappeler les conséquences pratiques des recherches d'un homme qui s'était surtout voué à la science théorique et énumérer quelques-uns de ses titres à la reconnaissance de l'humanité.

Ce n'est pas empiéter ici sur le domaine de la politique que de rendre hommage à l'infatigable réformateur de notre enseignement. On sait avec quelle persévérance, avec quelle ardeur P. Bert contribua, à la tribune et dans la presse, à l'établissement de la nouvelle législation sur l'instruction primaire. La réforme de notre enseignement supérieur, à laquelle il travaillait depuis son entrée au Parlement, n'aurait pas trouvé défenseur plus ardent et plus autorisé. C'est que, sans souci de sa popularité universitaire, Paul Bert savait négliger les intérêts des personnes et des institutions pour ne chercher que le progrès de l'enseignement et le relèvement de la science française. En se donnant à cette tâche, il s'est peut-être créé de sourdes inimitiés, d'implacables adversaires, mais il a toujours su regarder plus haut de façon à n'être pas détourné de la voie qu'il s'était tracée.

Son collègue, M. Vulpian, le disait en termes émus lundi à l'Académie des Sciences : « Que ne pouvait-on attendre encore de cette activité sans cesse en éveil ? Il est mort pour la patrie ! quel honneur ! Mais pour la science et pour l'Académie, quel deuil ! »

Paul Loye.

Hospice de la Salpêtrière : Clinique des maladies nerveuses. — Ouverture du cours de M. Charcot.

Lundi dernier, M. le Pr Charcot a fait, à la Salpêtrière, sa première leçon. Celle-ci a été consacrée à l'étude de la sclérose en plaques. M. Charcot a commencé par indiquer les principaux caractères anatomiques de cette affection ; il a insisté surtout sur la dissémination irrégulière des plaques de sclérose et sur la conservation des cylindres-axes. Ces particularités anatomiques expliquent, *la première*, les différences si nombreuses que présentent entre eux les divers malades atteints de sclérose en plaques ; *la seconde*, la possibilité des rémissions et de la guérison dans cette affection.

M. Charcot a montré ensuite deux malades atteints de la forme cérébro-spinale de la sclérose en plaques. L'un de ces malades, un homme de 29 ans, présente l'ensemble des symptômes classiques de cette affection et peut être pris comme un véritable type ; pourtant chez lui les réflexes tendineux ne sont que très peu exagérés. L'autre malade, une femme de 23 ans, constitue un cas un peu effacé de sclérose en plaques ; le tremblement fait défaut, mais, par contre, les réflexes tendineux sont très exagérés. Ces deux malades se complètent l'un l'autre. — Dans les leçons suivantes du lundi, qui ont lieu à 9 heures et demie, M. Charcot présentera des sujets atteints des formes franches de cette affection.

Les leçons du mardi qui ont été reprises depuis plusieurs semaines déjà, diffèrent essentiellement des leçons du lundi.

Les malades qui sont présentés aux élèves se recrutent parmi les personnes qui viennent à la consultation externe de la Salpêtrière. Ces malades sont inconnus du professeur, qui cherche à établir séance tenante le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection dont ils sont atteints. M. Charcot fait ainsi assister ses auditeurs au travail qu'il accomplit pour élucider ces diverses questions.

On voit comment, dans tel cas, la simple vue d'un malade, un geste, sa parole, sa marche suffisent pour mettre le médecin au courant de son état ; comment dans tel autre cas une analyse rigoureuse des symptômes et de la marche de l'affection est indispensable pour arriver au diagnostic, et enfin comment, dans certains cas, malgré un examen des plus approfondis il est impossible de se prononcer. Les auditeurs peuvent apprendre de cette façon la méthode que le clinicien doit suivre dans l'examen des malades ; ils pourront voir dans le courant de l'année les spécimens de la plupart des maladies nerveuses, et entreverront les voies qui sont encore ouvertes aux médecins qui veulent faire de nouvelles explorations dans le domaine de la neuropathologie. Ce sont donc là des leçons dont tireront en même temps un grand parti les débutants et les auditeurs déjà versés dans l'étude des maladies nerveuses.

© BIU Santé

Hôpital Necker : Clinique chirurgicale. — Ouverture du cours de M. Le Fort.

Contrairement à l'attente générale, M. le professeur Le Fort a commencé sa leçon clinique sans aucun préambule.

Les deux malades intéressantes qui faisaient le sujet de la leçon, l'une atteinte de nécrose phosphorée du maxillaire inférieur, et l'autre de cancer du sein récidivé ont été analysées très rapidement et dans l'espace d'une demi-heure seulement. Cette manière de faire avait sa raison d'être. C'est que le professeur, pendant la visite, a eu soin d'exposer les malades une première fois et de montrer de près à son auditoire les différentes particularités intéressantes qu'elles présentaient. Cette manière de scinder la leçon offre cet avantage de permettre à l'élève de toucher en quelque sorte du doigt la lésion.

La leçon clinique a été suivie des deux opérations. La branche gauche de la mâchoire inférieure a été extraite avec facilité chez la première ; la seconde, au contraire, a offert des difficultés qui n'ont pas été prévues par la clinique. L'extirpation totale d'une série de noyaux qui composaient la récidive axillaire du carcinome n'a pas été possible. La crainte d'entamer les vaisseaux et l'aisselle a arrêté l'opérateur. Les élèves du service, quelques jeunes chirurgiens des hôpitaux et les anciens élèves de M. Le Fort composaient l'auditoire de la leçon d'ouverture.

Nous ne ferons pas ressortir les avantages qu'offrent les cliniques suivies par un nombre d'élèves relativement restreint. Il serait à souhaiter que les élèves fussent également répartis dans les quatre cliniques chirurgicales de la Faculté de Paris, et, qu'au besoin, on crée de nouveaux services confiés à des agrégés, pour éviter les inconvénients que présentent les cliniques centrales, dont le flot d'auditeurs, flatteur pour celui qui enseigne, n'en tire, la plupart du temps, qu'un profit médiocre de son enseignement, faute d'avoir vu.

Faculté de médecine : Médecine opératoire. — Ouverture du cours de M. le Prof[r] Duplay.

M. le Prof[r] Duplay a recommencé son cours dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 11 novembre, à 4 heures. Il étudiera successivement, cette année, les opérations auxquelles peuvent donner lieu les affections chirurgicales du crâne et de la face, du cou et de la poitrine. Il entend donner à son enseignement un caractère pratique avant tout et il y fait une large part aux indications et contre-indications des actes opératoires. Prenant successivement chacun des principaux cas typiques qui peuvent se présenter au chirurgien, et dont il suppose le diagnostic préalablement bien établi, il passe en revue les moyens de traitement qui ont été proposés ou mis en œuvre, en discute la valeur respective, et résume cette discussion en une règle de conduite claire, précise, et toujours sérieusement motivée. L'exposé du manuel opératoire vient ensuite, et le professeur exécute l'opération sur le cadavre, en se rapprochant autant que possible des conditions d'une opération sur le vivant. En un mot, le cours d'opérations et appareils professé par M. Duplay est compris par lui dans son sens le plus large et devient un véritable cours de thérapeutique chirurgicale, dans lequel il utilise à la fois pour l'instruction de ses auditeurs son expérience de clinicien consommé et ses qualités d'habile opérateur. C'est dire suffisamment l'intérêt que présentent ces leçons et le grand profit qu'en tireront sans nul doute tous les élèves qui pourront les suivre.

Faculté de médecine : Histoire de la médecine. Ouverture du cours de M. Laboulbène.

M. Laboulbène a, le 13 novembre, commencé son cours d'Histoire de la médecine. Sa première leçon a été consacrée à l'exposé des travaux des anciens anatomistes et à l'étude de la renaissance anatomique au xv[e] et au xvi[e] siècle. — Dans ses leçons ultérieures qui auront lieu le mardi, jeudi et samedi à 4 heures, dans le petit amphithéâtre, le professeur traitera plus particulièrement de l'*Histoire des maladies parasitaires*.

Asile Sainte-Anne : Maladies mentales. — Ouverture du cours de M. Magnan.

M. Magnan a recommencé dimanche dernier, 14 novembre, la série annuelle de ses cours, dans l'amphithéâtre de l'Admission. Avant d'entrer dans l'étude de la manie et de la mélancolie, qui doivent former la base de ses leçons, il a tenu à revenir encore une fois sur la question de la folie héréditaire, et, s'appuyant sur la récente discussion de la Société médico-psychologique, il a montré qu'en somme, à quelques détails près, tous les argumentateurs n'étaient pas loin de s'entendre pour constituer d'une manière définitive le groupe des héréditaires.

Reprenant les grandes lignes de l'argumentation, il répond successivement aux principales objections soulevées par la Société. C'est ainsi que M. Falret invoque par dessus tout l'influence de l'hérédité. M. Cotard croit devoir accorder la principale influence aux accidents pathologiques survenus dans l'enfance ; M. Christian, aux conditions biopathologiques des parents au moment de la conception ; enfin, M. Bouchereau aux maladies de la grossesse. Tous ces faits sont exacts, mais ils ne se rattachent qu'à un nombre limité de cas, et l'hérédité reste l'élément principal, non pas seulement l'hérédité transmise par aggravation progressive comme le veut Morel, mais encore l'hérédité similaire qui révèle, chez les descendants, des stigmates psychiques, syndromes épisodiques presentés par les ascendants. A côté du mot dégénéré, il faut donc conserver la dénomination d'héréditaire. M. Magnan fait ressortir les analogies et les différences, au double point de vue étiologique et clinique, qui existent entre le groupe des aliénations ou folies héréditaires de Morel, et les folies des héréditaires ou dégénérés, telles qu'on les comprend aujourd'hui. Il est par suite amené à parler du délire émotif de Morel et s'étonne de le voir élevé au rang d'entité, puisqu'il se trouve forcément à la base de toutes les manifestations morbides que l'on range dans le cadre de la folie héréditaire. Il en est de même pour le délire hypochondriaque, et l'hypochondrie-névrose, adoptée avec tant d'empressement par les psychiatres allemands, et qui consacre une double erreur : les hypochondriaques de Morel renferment : 1° de nombreux délirants chroniques à la première période de la maladie ; 2° surtout des dégénérés.

M. Magnan termine la leçon par la présentation de quatre malades, dont l'un surtout, par l'accumulation des syndromes morbides qu'il présente, et dont l'un d'eux se retrouve chez la mère, est la meilleure démonstration des faits allégués plus haut (folie du doute, délire du toucher, agoraphobie, tics, mouvements irrésistibles, — délire du toucher chez la mère, tics chez les collatéraux).

Faculté des sciences : Physiologie. — Ouverture du cours de M. Dastre.

L'ouverture du cours devait avoir lieu le 12 novembre, mais la nouvelle de la mort de M. Paul Bert, titulaire de la

© BIU Santé

chaire, avait fait reporter la première leçon au lundi suivant.— Au début de son cours, M. Dastre, professeur-adjoint, a rappelé en quelques mots les travaux exécutés par Paul Bert dans ce laboratoire de la Sorbonne qui lui était si cher : il a exprimé la profonde douleur ressentie par les élèves du Maître et il a montré combien l'illustre défunt a de titres à la reconnaissance de la Patrie et de la science.

Passant ensuite à l'objet du cours de cette année, M. Dastre a tracé à grands traits le programme qu'il se propose de suivre. Ce sont les fonctions de nutrition, et en particulier la fonction de digestion, qui doivent être étudiées pendant ce semestre. Avant d'en aborder l'examen, M. Dastre entre dans quelques considérations de physiologie générale : avec la plus grande précision dans les termes, il montre que la nutrition est le caractère essentiel de la vie, que toutes les fonctions se traduisent par des échanges entre l'organisme et le monde extérieur. Puis, jetant un coup d'œil rapide sur les phénomènes de la digestion dans la série animale, il établit que l'on peut diviser à ce point de vue les animaux en deux groupes : ceux qui digèrent, ceux qui ne digèrent pas. Les premiers appartiennent aux classes des Schizomycètes, des Myxomycètes et des Grégarines : ils sont incapables d'élaborer eux-mêmes leurs matériaux nutritifs et ils ont besoin, pour vivre et se développer, d'un milieu de culture approprié. Les autres, au contraire, sont capables de choisir et de préparer leurs aliments : ils peuvent digérer. Ce court résumé de la première leçon indique le point de vue auquel se place le professeur de physiologie de la Sorbonne. Il ne s'agit pas seulement ici, comme à l'Ecole de médecine, d'étudier les mécanismes vitaux chez l'homme : il importe de dégager ce qui est primordial dans chaque fonction et de le retrouver dans les manifestations de la vie chez les animaux et chez les plantes.

Les leçons ont lieu à 3 heures et demie les lundis et les vendredis à l'amphithéâtre de la rue de l'Estrapade.

Faculté des sciences : Anatomie et Physiologie comparées ; Zoologie. — Ouverture du cours de M. de Lacaze-Duthiers.

Mardi dernier, 16 novembre, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle, M. de Lacaze-Duthiers a fait la leçon d'ouverture de son cours de Zoologie à la Sorbonne. Suivant sa coutume, il a exposé à ses auditeurs les dépenses qu'on a dû faire aux laboratoires de zoologie maritime qu'il a fondés à Roscoff et à Banyuls, leur a montré combien il est difficile, au milieu des vexations de toutes sortes, d'assurer le développement et la prospérité d'institutions semblables. Il a cité le nombre des personnes qui ont fréquenté ces laboratoires, les travaux qui y ont été faits, les modifications qu'il a fallu nécessairement y apporter pour ne pas compromettre la survie et le bon fonctionnement de ces établissements.

Tous ces détails, entremêlés d'historiettes scientifiques, ont paru intéresser l'auditoire jusqu'au moment où le professeur a commencé à toutes les gammes et sur tous les tons l'apologie d'un de ses élèves qu'il désire voir succéder à Milne Edwards dans l'autre chaire d'Anatomie et de Physiologie comparées. La zoologie sera lettre morte en France du jour où l'on aura écarté le maître qu'il propose, qu'il entend soutenir et défendre envers et contre tous ; lui seul est capable de continuer les saines traditions de la *première* Ecole zoologique de France, qui a tant à lutter contre les sourdes menées d'une Ecole rivale et non moins puissante. Les élèves, sympathiques pourtant au futur professeur, n'ont pu s'empêcher de sourire à ces diatribes déplacées, à cette malsaine exhibition de titres et de travaux qui n'ont rien d'extraordinaires. Nous n'hésitons pas à dire qu'il eût mieux valu se taire que de parler aussi inconsidérément : *Tacere præstat quam inconsiderate loqui*, disait jadis notre grammaire latine, et il nous semble qu'elle a encore raison. Entre temps, le professeur a fait de très intéressantes remarques sur la morphologie de la *Testacelle*, sur le rôle de la *glande pinéale* qui paraît être désormais un organe en rapport avec les fonctions visuelles.

Faculté des sciences : Chimie biologique. — Ouverture du cours de M. Duclaux.

Le jeudi 11 novembre, M. Duclaux a commencé à la Sorbonne son cours de chimie biologique et le continuera les mardis et jeudis de chaque semaine, à deux heures et demie du soir.

Cette année il doit traiter des microbes en général, de leurs propriétés biologiques ; il doit à ce propos d'une façon toute spéciale étudier les agents qui peuvent empêcher le développement et la pullulation de ces êtres, c'est-à-dire les substances antiseptiques. M. Duclaux, dans les deux premières leçons qu'il a faites cette année, a esquissé dans un court résumé l'histoire de la microbiologie, terme qu'il préfère à celui de bactériologie, trop spécial à son avis ; puis, après avoir défini et délimité le sujet de son cours, reconnu que toute classification de ces infiniment petits est impossible ou du moins prématurée à l'heure qu'il est, critiqué le mot de ferments qu'on leur applique à tort puisque ce n'est qu'un mode particulier d'existence de ces êtres, s'est engagé dans l'étude des caractères principaux des microbes. Il a insisté sur la masse protoplasmique azotée qui les constitue, sur la membrane protectrice hydrocarbonée qui les enveloppe et les isole des milieux dans lesquels ils vivent, sur le mode de multiplication de cette cellule, et enfin sur l'absence de chlorophylle dans tous les microbes, caractère des plus importants. Cette question élucidée, il a donné quelques considérations sur la forme de ces êtres, laquelle est extrêmement variable, si bien qu'un microbe peut prendre les formes de *coccus* ou *micrococcus*, de *streptococcus*, de *diplococcus*, de *zoogleas*, de *merismopœdia* (assemblage de 4 cellules en carré), de *sarcina* (assemblage de 8 en cubes).

M. Duclaux parle clairement, peut-être un peu lentement. Malheureusement ses leçons ont lieu dans un amphithéâtre obscur, si obscur qu'à deux heures de l'après-midi on y voit à peine. On devine pourtant quelle lumière il faut pour montrer aux élèves ce que sont et ce que font des êtres aussi minuscules que ceux dont il s'occupe. D'autre part, dans cette salle trop petite, une chaleur accablante menace à chaque instant d'endormir les vieux auditeurs qui pour résister à la tentation écoutent avec courage ces leçons attrayantes. Le professeur a soin de faire passer aux élèves un exemplaire imprimé des dessins qu'il décrit dans ses leçons ; c'est une heureuse innovation : nous la croyons cependant peu pratique. Il est clair qu'il ne peut en être toujours ainsi, car cette façon de procéder entraînerait des frais considérables si l'on donnait un nombre suffisant de dessins. Un peu moins de théorie (la théorie est si chère à la Sorbonne), un peu plus de démonstrations pratiques au milieu du cours, et ce serait presque parfait.

Hommage a Paul Bert. — Le conseil municipal de Bordeaux a décidé hier, à l'unanimité, que le nom de Paul Bert serait donné à une rue de la ville. On sait que Paul Bert avait occupé une chaire à la Faculté des sciences de Bordeaux et qu'il fut un des promoteurs de l'établissement d'une Faculté de médecine dans cette ville.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. DUCLAUX étudie *les transformations chimiques provoquées par la lumière solaire*. Cette lumière, aidée quelquefois, mais non toujours, de la chaleur solaire, agit dans le même sens que les microbes et disloque comme eux les molécules chimiques compliquées en groupements plus simples. L'eau et l'acide carbonique, corps brûlés, font toujours partie de ces groupements; les autres résidus, temporaires ou définitifs, sont presque toujours les mêmes que les résidus, temporaires aussi ou définitifs, de l'action des ferments.

MM. GAYON et DUPETIT signalent un nouveau moyen d'*empêcher les fermentations secondaires dans les fermentations alcooliques de l'industrie*. On sait que ces dernières sont rarement pures; les auteurs ont essayé d'empêcher la multiplication des ferments autres que la levûre en ajoutant aux moûts certaines substances antiseptiques. L'addition du tannin empêche le développement de ces ferments secondaires, sauf celui du *Mycoderma aceti*; au contraire, les sels de bismuth entravent complètement ces dernières fermentations.

MM. GAYON et DUBOURG ont obtenu la *fermentation alcoolique de la dextrine et de l'amidon* grâce à un nouveau *Mucor*.

M. QUANTIN, à propos du traitement des vignes atteintes du Mildew par *le sulfate de cuivre*, montre que la réduction de ce sel par les ferments suffit à assurer l'élimination totale du cuivre dans les vins.

MM. GIARD et BONNIER étudient le genre *Cepon*, crustacé du groupe des Bopyneris.

M. J. BARROIS établit quelques homologies des *larves de Comatules*.

M. MAGITOT décrit une maladie grave, analogue au *scorbut, observée chez certains reptiles*, et désignée sous le nom de *mal de gueule*. Elle se caractérise par l'inflammation de la muqueuse buccale, par des abcès, des ulcérations, des adénites, etc. Les causes qui provoquent l'affection sont analogues à celles qui amènent le scorbut (humidité, encombrement, etc.). Le mucus buccal contient de nombreux bacilles probablement pathogènes.

M. G. ROUX indique un procédé technique de *diagnose des Gonococci*. Dans les cas douteux, après avoir constaté la présence des Gonococci par la coloration au violet de gentiane, employé seul et sans addition d'alcool, de reconnaître la véritable nature de ces derniers en faisant agir sur la même préparation successivement le liquide de Gram et l'alcool. S'il y a disparition absolue des Cocci, ce sont bien ceux de Neisser: s'ils persistent, il y a lieu d'émettre des doutes sur la nature blennorrhagique de l'affection en cause.

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. GRÉHANT annonce à ses collègues la mort de M. P. Bert, président perpétuel de la Société. En quelques mots émus il retrace la vie scientifique du professeur qui consacra toujours à la Société de biologie les rares loisirs que lui laissaient ses nombreuses occupations.

La séance est levée en signe de deuil.

Commission du prix GODARD: M. Chauveau, président; MM. Déjerine, Féré, Hanot, Straus. Cinq mémoires ont été remis.

G. T.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national. Au premier tour de scrutin sur 71 votants, majorité 36, M. Tillot (de Luxeuil) obtient 37 voix, M. Carlet (de Grenoble), 30, M. Picot (de Bordeaux) 2, et M. Moricet (de Vannes) 1.

En conséquence M. Tillot est proclamé correspondant national de l'Académie.

Une Commission mixte a été nommée pour établir le classement des candidats à une place vacante dans la section des associés libres. Les candidats sont: MM. Blache, Galezowski, Magitot, Péligot, Worms.

M. VALLIN vient ajouter quelques observations aux conclusions de la Commission sur le vinage. Il pense comme M. Riche qu'une petite quantité d'alcool parfaitement obtenue du riz ou du maïs est moins nuisible qu'une même quantité d'esprit provenant de cidres et de vins gâtés. Quoiqu'il ne soit pas parfaitement convaincu qu'une petite quantité d'alcool soit nuisible à la santé, il votera cependant contre le vinage et cela pour deux raisons: la première c'est qu'à l'heure actuelle il est impossible de pouvoir reconnaître si l'alcool ajouté au vin est de l'alcool éthylique très pur, ou s'il contient des impuretés et des principes toxiques; le jour où cette distinction deviendrait facile, il serait peut-être nécessaire de se montrer moins sévère sur le vinage. La seconde raison qui lui fait condamner le vinage c'est que le contrôle dans l'application de la tolérance du vinage est actuellement de toute impossibilité; ce serait ouvrir la voie à une foule d'abus. M. Vallin trouve en outre que l'Acadmie engage un peu trop sa responsabilité en autorisant le sucrage des moûts et affirmant ainsi la valeur hygiénique du sucrage. A la troisième conclusion qui demande que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool, M. Vallin voudrait voir ajouter « l'abaissement de 15-16° à 12-13° de la limite à la surtaxe imposée à ces vins. »

Ce serait un moyen de favoriser l'usage des vins naturels et grevant les spiritueux. En effet, qu'arrive-t-il, les vins étrangers qui franchissent nos frontières marquent tous 16°. Ils ne paient pas plus que ceux qui marquent 10°. Il est donc facile par le vinage des vins de faire entrer en fraude 6 litres d'alcool et il y a là un double danger: outre que ces vins surchargés d'alcool vont être utilisés pour des coupages ils sont encore composés avec des alcools de qualité inférieure et, par conséquent, très nuisibles.

A la rédaction de la quatrième conclusion ainsi conçue: « Les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à leur fabrication soient absolument purs, » M. Vallin, pour éviter l'expression mal choisie « d'alcools supérieurs » propose de substituer la rédaction suivante: « Les esprits mal rectifiés contenant des principes toxiques, l'Académie demande que les alcools destinés à la fabrication des eaux-de-vie et liqueurs soient absolument purs. »

En effet, M. Vallin ne croit pas que le danger vienne exclusivement des alcools amylique et propylique, il pense qu'il existe encore d'autres principes toxiques qui ont une action spéciale sur l'organisme. Le jour où la science permettrait de reconnaître dans les vins vinés et les autres liquides ces éléments nocifs et la question de l'alcoolisme, de sa prévention et de sa répression, aurait fait un grand pas. Aussi l'Académie devrait-elle, par des prix et des encouragements, provoquer des recherches dans ce sens et hâter la solution d'une question qui intéresse à un si haut point l'hygiène publique.

A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

20. Anévrysme de l'artère iliaque primitive droite; par M. MONTILLIER, externe des hôpitaux.

E. Sh...., âgée de 82 ans, entre le 14 juin 1886, salle Claude Bernard, lit n° 13, à l'hôpital Tenon (service de M. le Dr STRAUS). Cette malade est dans le coma et ne peut

© BIU Santé

nous donner de renseignements. Elle meurt dans la nuit du 15 au 16 juin.

A l'AUTOPSIE, le 17 juin, on constate sur la peau de l'abdomen une large ecchymose s'étendant à tout l'hypogastre et au flanc droit. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve, au niveau de l'ecchymose cutanée, une tumeur noirâtre sous-péritonéale, occupant l'hypogastre, le petit bassin et s'étendant le long des lombes, jusqu'à la première vertèbre lombaire. A la coupe, elle se montre constituée par du sang coagulé dont la plus grande partie est formée de caillots récents. L'aorte présente un état athéromateux très prononcé dans toute son étendue. Au niveau de la partie moyenne de l'iliaque primitive droite existe une perte de substance permettant l'introduction du petit doigt, à bords calcifiés, donnant accès dans une sorte de poche du volume d'une grosse noisette, à parois également calcifiées, largement rompue à sa partie postérieure et communiquant avec la tumeur sanguine infiltrée; les artères iliaques, du reste, ont leurs parois presque complètement calcifiées. Les poumons ont des adhérences, le cœur est petit et les valvules sont athéromateuses.

On voit qu'il s'est agi en résumé d'un anévrysme de l'artère iliaque primitive, dont la formation est évidemment le fait des lésions artérielles de l'athérome, et dont la rupture a entraîné la mort.

22. M. WIDAL a trouvé des *granulations tuberculeuses dans les capsules surrénales* d'un homme de 35 ans, mort dans le service de M. Dreyfus-Brisach dans les conditions suivantes : Cet homme était atteint de toux, d'anémie, de faiblesse générale, avec douleurs lombaires et épigastriques, des vomissements et de la diarrhée. Il présentait une pigmentation anormale de l'abdomen et du scrotum. A l'autopsie, on trouva des tubercules dans les poumons, dans les reins et la prostate ; dans les capsules surrénales, 4 ou 5 tubercules caséeux très petits; mais en outre une carie tuberculeuse des 2e et 3e vertèbres lombaires, avec méningite. Le présentateur se demande si, dans ce cas, les signes de maladie d'Addison sont en rapport avec les tubercules si rares et petits des capsules surrénales, ou avec l'irritation causée par la carie vertébrale et transmise au plexus solaire.

M. NETTER n'est pas persuadé que ce malade ait eu vraiment une maladie d'Addison. La tuberculose généralisée suffit à expliquer la cachexie et la pigmentation de certaines régions qui ont souvent une teinte foncée chez les phtisiques, les douleurs lombaires reconnaissaient pour cause le mal de Pott. Enfin, la pigmentation des muqueuses faisait défaut.

M. CORNIL dit qu'en tous cas il s'agit d'un fait complexe qui ne pourra pas servir d'argument dans la discussion sur la pathogénie de la maladie d'Addison. Il y a des cas de cette maladie où les capsules surrénales étaient trop peu atteintes pour pouvoir être incriminées ; et d'autres dans lesquels une dégénérescence caséeuse complète de ces organes ne s'est pas accompagnée de pigmentation. La question est encore à l'étude.

23. Rapport sur la candidature de M. Walther au titre de membre adjoint; par M. BRUN.

Parmi les présentations qu'a faites M. Walther, je signalerai particulièrement deux observations : l'une d'anomalie artérielle, l'autre de fracture ancienne du coude.

La première de ces observations a trait à une anomalie par division tardive de l'artère humérale droite d'un homme qui avait, à gauche, une distribution vasculaire absolument régulière. On voit sur le dessin de la pièce l'artère humérale suivre jusqu'au pli du coude son trajet habituel ; mais, au lieu de se bifurquer au pli du coude, elle descend presque verticale, avec une légère obliquité en dehors et en bas, s'engage sous le muscle rond pronateur et ne se divise qu'à 5 centim. 1/2 au-dessous de l'interligne.

En ce point naissent, par trifurcation de l'extrémité de l'artère, la radiale, la cubitale et l'interosseuse; ces deux dernières, quoique naissant trop bas, ont leurs rapports habituels; la radiale, au contraire, se trouve recouverte par le muscle rond pronateur. La récurrente radiale se détache de l'artère humérale un peu au-dessous de l'interligne articulaire et passe sur le tendon du biceps pour aller se terminer suivant son mode habituel. De même, la récurrente cubitale naît du côté interne de l'humérale, à 4 centimètres au-dessous de l'interligne. L'artère du nerf médian est représentée par un rameau très grêle qui se détache de la radiale près de son origine.

Cette anomalie est absolument exceptionnelle; elle n'a été signalée dans aucun des traités classiques d'anatomie ni dans les ouvrages qui ont traitaux anomalies artérielles. Une seule observation presque identique est consignée, avec le dessin de la pièce, dans le *Manuel de l'anatomiste* de Morel et Duval. La bifurcation de l'artère humérale se faisait encore, dans ce cas, au-dessous du rond pronateur, et l'artère radiale était masquée par ce muscle dans sa partie supérieure. La récurrente radiale et la récurrente cubitale naissaient aussi de l'humérale. Mais l'interosseuse postérieure se détachait de l'humérale et l'antérieure de la radiale.

Cette disposition ne répond à aucun des types consacrés pour la classification des anomalies des artères de l'avant-bras. Tous ces types répondent, en effet, à une bifurcation prématurée de l'artère humérale. Ici, il s'agit au contraire d'une division tardive, et cette division tardive entraine comme conséquence nécessaire une inversion des rapports de l'artère radiale avec le muscle rond pronateur, en même temps que la naissance directe des récurrentes radiale et cubitale sur l'artère humérale.

La seconde observation que je veux rappeler est celle d'une fracture ancienne du coude gauche trouvée, comme la précédente, à l'amphithéâtre, sur un sujet âgé.

L'étude de cette pièce montre qu'il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, fracture à trois fragments, en Y, les deux traits de fracture venant obliquement se réunir sur le bord externe de la trochlée humérale. L'apophyse coronoïde avait aussi été brisée, et le fragment détaché qui comprend toute sa partie supérieure est resté mobile, uni seulement par du tissu fibreux périphérique au reste du cubitus. Le fragment interne de la fracture humérale, qui comprend toute la trochlée et l'épitrochlée, est bien consolidé. De sa ligne d'union avec le fragment huméral principal, part en bas un trousseau fibreux épais, qui cloisonne l'articulation d'avant en arrière et va s'attacher solidement sur le cubitus et dans l'espace cubito-radial. Le fragment externe formé par le condyle et l'épicondyle, triangulaire, est placé comme un coin à la partie externe de l'articulation. Il ne présente pas trace de consolidation. Il est resté uni au radius par les ligaments normaux, épaissis, doublés de trousseaux fibreux de nouvelle formation. Toute la surface de ce fragment qui regarde l'humérus et la surface correspondante de ce dernier sont tapissées d'une couche d'aspect fibro-cartilagineux, dans laquelle l'examen histologique a montré du cartilage pur sur le bord, du fibro-cartilage au centre.

On sait que les fractures isolées de la trochlée se consolident ordinairement d'une façon régulière ; que les fractures isolées du condyle manquent souvent de consolidation. Une pièce de Bouisson (collection de Dubreuil) et une pièce de Smith (*Journal de Dublin*, 1846), citées par Pingault (art. Coude du *Dict. encyclopédique*), montrent que ce fragment externe peut être uni à l'humérus par une pseudarthrose fibreuse. Malgaigne rapporte des cas dans lesquels le fragment est resté absolument libre comme un corps étranger dans l'articulation.

Hamilton a constaté 5 fois sur le vivant que ce fragment n'était pas consolidé et suivait la tête du radius dans les mouvements de flexion et d'extension qui étaient assez étendus.

Dans le cas ici relaté, les mouvements étaient faciles, étendus, et nous avons la vérification anatomique de ce fait clinique dans la formation d'une véritable articulation

© BIU Santé

nouvelle entre le fragment resté solidement uni au radius d'une part, et l'humérus d'autre part. Cette nouvelle articulation est caractérisée par la production d'une couche fibro-cartilagineuse sur les deux surfaces en contact.

Séance du 25 juin 1886.— PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

24. Kyste hydatique du poumon gauche ; par A. LIMPÉROPOULO, externe des hôpitaux.

Parmi les organes qui sont le plus rarement affectés de kystes, il faut placer le poumon en première ligne. Aussi ai-je cru qu'il y aurait quelque intérêt à vous présenter un poumon d'adulte, dans l'épaisseur duquel s'est développé un kyste hydatique. En faisant une coupe de cet organe, vers sa partie moyenne, ce kyste est apparu sous la forme d'une masse arrondie, assez limitée, ayant le volume d'une noix. Cette petite masse était constituée par une matière mollasse, de teinte jaunâtre, infiltrée de grains calcaires. Elle était limitée par une paroi assez épaisse, décomposable en quelques pseudo-membranes blanchâtres.

Ce kyste était unique, il avait depuis longtemps subi la dégénérescence graisseuse et ne présentait plus trace d'échinocoques. Fait particulier, il n'avait jamais donné lieu à aucune réaction inflammatoire, à aucun phénomène morbide. Il n'avait jamais formé tumeur, et le diagnostic n'en avait pas été fait. Sous l'action des liquides qui ont servi à conserver ces pièces, le contenu du kyste s'est à peu près dissocié, et il ne reste que la paroi, assez caractéristique du reste pour qu'il n'y ait pas le plus léger doute sur la nature de la lésion.

L'individu porteur de ce kyste était entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, pour une bronchite chronique compliquée d'emphysème. Consécutivement à son affection pulmonaire, il avait eu une dilatation du ventricule droit et une hypertrophie du ventricule gauche. Ces lésions, dont le diagnostic avait été fait, sont des plus évidentes sur ces pièces que j'ai encore l'honneur de vous présenter. La gêne circulatoire n'avait pas tardé à amener des foyers congestifs dans les poumons et de l'anasarque. A cela s'ajoutaient encore tous les symptômes d'une néphrite interstitielle. Nous trouvâmes en effet à l'autopsie de petits reins rouges revenus sur eux-mêmes, avec leurs altérations classiques, et présentant un certain nombre de petits kystes. — L'état du malade s'était du reste aggravé d'une façon rapide, quoique progressive. L'œdème s'accrut de plus en plus, et un érysipèle étendu aux membres inférieurs, avec des plaques de sphacèle, fut le phénomène pathologique ultime.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos du procès-verbal, M. TROISIER, au nom de M. RAYMOND, donne quelques détails sur l'autopsie de la malade dont il avait parlé, et qui, atteinte d'un cancer de l'utérus, présentait des ganglions cancéreux dans le creux sus-claviculaire. Le cancer utérin s'était généralisé ; il y avait des noyaux presque dans tous les viscères, et la plupart des ganglions abdominaux et thoraciques étaient dégénérés. La formule générale doit donc être celle-ci : possibilité de la dégénérescence des ganglions périphériques dans les cancers viscéraux.

M. MILLARD fait une longue communication sur plusieurs cas de kystes hydatiques du foie, traités par la ponction. Dans le premier, observé par le Dr Haussmann, sur une bouchère, les premiers accidents constatés ressemblaient à des coliques hépathiques, le foie était déjà considérable. Deux ans plus tard, après diverses péripéties, M. Millard ponctionne et retire 500 grammes de liquide typique. Symptômes péritonéaux, un peu d'ascite, œdème des membres inférieurs, poussée d'urticaire; congestion de la base du poumon droit et enfin guérison. Dans un second cas, se rapportant également à une bouchère, une seule ponction amena également la guérison. Il y eut quelques accidents pleuraux; on constata l'augmentation de volume du foie, une saillie épigastrique marquée avec un point fluctuant. Le troisième cas, celui du malade que présente M. Millard. Le début remonte à quinze mois ; les signes sont les mêmes ; la voussure, très marquée à la base du thorax, du côté droit avec un point fluctuant, développement des veines sous-cutanées et pleurésie sèche de ce côté seulement. Il y a eu aussi des douleurs dans le flanc droit avec irradiations dans l'épaule droite. M. Troisier a ponctionné, il y a vingt mois, un malade qui présentait des symptômes analogues. Il est tellement complètement guéri, que M. Moutard Martin, qui l'a ultérieurement soigné, déclare qu'il n'aurait pu s'en douter si le malade ne le lui avait pas dit. Il avait simplement conservé un foie un peu volumineux. Il y a sept ans, il a ponctionné deux petits kystes qui faisaient saillie à la surface du foie, d'une petite fille qui, depuis lors, n'a présenté aucune récidive. Le foie est resté gros également. Dans un autre cas, il y eut de l'ictère. Enfin M. Moutard Martin rapporte l'histoire d'une femme arrivée dans un état de cachexie extrême, avec infiltration et qui avait un kyste suppuré du foie. On le ponctionna immédiatement. Peu de temps après, on fut obligé de l'inciser largement. Le malade guérit. Il ne lui reste plus qu'une petite fistule, par laquelle le stylet pénètre dans une cavité à parois calcifiées et d'où s'échappent seulement quelques gouttes de pus.

M. BLACHEZ a observé également un malade très cachectique dont le foie était énorme ; la ponction donna issue à 5 litres de liquide clair. Le malade guérit sans aucun accident. Le liquide se reproduisit un peu. M. Blachez a observé en ville sept ou huit cas également guéris par une seule ponction.

M. FÉRÉOL présente un maçon âgé de trente-deux ans, qui fut pris récemment d'une façon subite et sans aucune raison, d'une monoplégie brachiale gauche complète. Il y a un peu d'atrophie et une anesthésie presque complète du membre, mais aucun stigmate d'une névrose quelconque. Depuis longtemps, il souffrait un peu de son bras, avait souvent le doigt mort, et parfois de ce côté seulement, et d'une façon transitoire, les doigts en griffe. Boudet de Pâris a trouvé chez lui de l'hypérexcitabilité musculaire, sans réaction de dégénérescence. M. FÉRÉOL ne pense pas qu'il s'agissse là d'une paralysie hystérique. Il croit qu'il y a des monoplégies dont la nature échappe pour le moment. Faut-il incriminer, dans ce cas, la moelle? Est-ce une lésion locale? Il n'ose se prononcer et soumet la question à la Société.

M. DEBOVE montre un malade qui, atteint d'une gastrite alcoolique, fut mis à l'usage du lait; ayant présenté quelques signes d'ulcérations gastriques, le lait fut prescrit de rechef et en telle quantité que le malade, soigné en province, était arrivé à en absorber 8 litres par jour. Il dépérit rapidement, perdit 15 kilogrammes en peu de temps. Il fut alors mené à Paris dans un état de cachexie profonde, avec un estomac dilaté au maximum descendant jusqu'au pubis. Sondé immédiatement, on lui retira 3 litres de liquide; lavé dès lors tous les jours et soumis à un régime raisonnable (1 litre 1/2 de lait chaque jour avec un peu de viande et de la poudre de viande), il se rétablit rapidement. En trois mois, il avait regagné 18 kilogrammes et son estomac était considérablement remonté. C'est là un exemple frappant du danger que présente l'emploi du régime lacté, lorsque le lait est donné à doses exagérées.

L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. HOUZEL (de Boulogne) adresse à la Société une observation qui est renvoyée à une commission.

M. TILLAUX lit un rapport sur un travail de M. SCHWARTZ intitulé : *Elongation, combinée à la résection, du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique.* Il s'agit d'une femme de 26 ans atteinte de contractions violentes, d'abord intermittentes, puis permanentes dans les muscles du cou. La tête était inclinée à gauche. M. Schwartz fit l'élongation avec une force de 2 kilog., puis réséqua 2 centimètres de nerf. La malade fut non pas guérie, mais seulement soulagée.

© BIU Santé

A ce propos, M. Tillaux fait remarquer qu'il a fait des expériences cadavériques sur l'élongation du nerf spinal dans le but de savoir si oui, ou non, dans cette opération, on ébranlait le bulbe. Cet ébranlement lui paraît réel, quoique chez le vivant on n'observe aucun trouble nerveux d'origine bulbaires après l'élongation ; aussi hésite-t-il toujours à faire cette opération. M. Tillaux dans le cas de M. Schwartz eût fait seulement la résection.

M. Terrillon a vu la malade en question. Il a fait plusieurs fois des opérations analogues par le procédé indiqué par M. Tillaux. C'est une opération simple, facile.

M. Humbert lit un rapport sur une observation de M. Schwartz intitulée: *Anévrysme fusiforme de l'artère poplitée; ligature de la fémorale à l'anneau du 3e adducteur sur artère épaissie, mais non calcaire ; mort par accidents cérébraux et cardiaques au 18e jour.* Le malade avait une insuffisance aortique avec hypertrophie cardiaque. M. Schwartz pense que la mort subite est due à la lésion cardiaque et, à ce propos, discute l'influence du traumatisme sur la précipitation d'une maladie du cœur préexistante.

M. Verneuil trouve judicieuses les remarques de M. Schwartz. En 1877, il a lancé l'influence du trauma sur les cardiopathies, question reprise par Nélaton dans sa thèse d'agrégation. Il insiste sur les hémorrhagies post opératoires chez les cardiaques. Il a soin désormais d'administrer, avant d'opérer un cardiaque, un traitement médical sérieux (digitale, etc.) ; il fait de même pour les alcooliques et, dès lors, il n'a plus de délirium tremens après l'opération.

M. Trélat cite deux cas de mort chez deux opérés cardiaques et signale de petites syncopes prémonitoires survenant après l'opération.

M. Verneuil pense que les lésions viscérales ne doivent pas empêcher d'opérer, mais il insiste sur ce fait que le pronostic est plus grave et qu'il faut chercher le moyen de conjurer ce pronostic. Pour les cardiaques, une bonne préparation préopératoire consisterait pour lui dans des vésicatoires, des pointes de feu appliquées sur la région précordiale.

M. Bouilly fait remarquer que la dilatation de l'anus pour fissure à l'anus se complique assez souvent des réflexes syncopaux graves ; aussi, quand on dilate l'anus d'un cardiaque, faut-il éviter le chloroforme et avoir peur à plus forte raison de ces syncopes.

M. Monod croit pourtant à l'innocuité des opérations chez les cardiaques dans certains cas au moins.

M. Lucas-Championnière pense de même et insiste sur cette innocuité. Il n'en est pas ainsi pour le poumon ; les affections pulmonaires sont une contre-indication à l'anesthésie.

M. Trélat fait remarquer à l'orateur qu'il sort de la question.

M. Guéniot rappelle que les plaies utérines chez les accouchées cardiaques sont très exposées à saigner.

M. Verneuil défend ses idées et montre que l'influence du trauma peut se faire sentir bien longtemps après la guérison de l'opéré.

M. Nepveu fait une communication sur une *pseudarthrose infantile prolongée à l'âge adulte*. Elle constitue une variété à part à cause de l'atrophie des fragments.

Marcel Baudouin.

THÉRAPEUTIQUE

La mortalité dans la première enfance ;

Par M. le Dr Achenne.

Les Bulletins de statistique enregistrent régulièrement des chiffres de décès dans la première enfance, qui montrent que la cause de mortalité la plus active, à cet âge, est la diarrhée infantile, gastro-entérite ou athrepsie.

La courbe s'élève graduellement avec la température pour atteindre, en été, un chiffre trois à quatre fois supérieur à celui de la saison d'hiver. Dans la dernière semaine du mois d'août, le nombre des décès a été de 205, à Paris, ce qui représente le cinquième environ du total des décès pour la population de la capitale.

La répartition des cas, d'après le mode d'élevage, montre que les enfants nourris au biberon et autrement, sont frappés dans la proportion des deux tiers ; encore y a-t-il lieu de faire les réserves les plus formelles dans cette évaluation, car l'allaitement au sein est, le plus souvent, si incomplet qu'il mérite à peine d'être ainsi qualifié.

En définitive, c'est à une alimentation pernicieuse qu'est due cette mortalité effrayante et vraiment désastreuse. Les recherches récentes du Dr Victor Vaughan, professeur de physiologie à l'Université de Michigan, sont de nature à porter la lumière dans cette question si intéressante. Le savant professeur américain a découvert dans le lait une ptomaïne qu'il a nommée *Tyrotoxion*, qui, d'après lui, serait due au développement de micro-organismes dans la fermentation lactique. Le savant physiologiste a cherché à établir une relation entre la symptomatologie de l'empoisonnement par l'ingestion du *Tyrotoxion* et la symptomatologie du choléra infantile.

C'est le *Journal d'hygiène*, toujours si bien informé, qui nous fait connaître ces travaux, d'où il tire des conséquences des plus importantes pour le traitement de cette dernière affection : il est évident que la première indication sera de proscrire le lait, même très pur, à cause de la fermentation successive qu'il peut subir dans le tube gastro-intestinal, surtout dans la période des chaleurs, où ces fermentations sont les plus actives.

Mais par quoi remplacer le lait ? Nous savons combien la plupart des préparations alimentaires usitées sont défectueuses et quelle incertitude règne dans l'esprit des médecins, aussi bien que du public, pour le choix d'un aliment sain et suffisant. Aussi ne saurait-on prendre en assez grande considération certaines farines alimentaires que leur composition et les résultats qu'elles ont donnés à des expérimentateurs judicieux et sincères, recommandent à tous les praticiens. La farine Morton, au gruau d'avoine, se place au premier rang de ces aliments de choix.

Les analyses qui en ont été faites, notamment sous la direction de M. le Dr E. Bouchut, et qui ont été publiées maintes fois, montrent, avec évidence, que les matériaux de nutrition s'y trouvent réunis dans les plus justes proportions.

Les essais réitérés qui en ont été faits à l'hôpital des Enfants et dans la pratique civile, indiquent que la farine Morton est un aliment complet, dont les effets cliniques sont en concordance parfaite avec les données de la physiologie et de l'analyse.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin.

Berlinle, 30 octobre 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Après la clôture du Congrès des Naturalistes et Médecins allemands, les diverses sociétés scientifiques de Berlin ont repris leurs séances habituelles. On a fait plusieurs communications dont je me permets de vous faire part.

1. — M. A. Frœnkel, assistant de la clinique du Dr Leyden, a communiqué les résultats des expériences qu'il a faites sur la *valeur thérapeutique de l'antipyrine dans les cas de rhumatisme*. L'antipyrine est un médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Sur 13 cas légers, 9 guérirent promptement, et, sur 21 cas graves, 4 guérirent aussi avec l'antipyrine ; ce médicament a l'avantage de ne pas provoquer d'accidents après son emploi. L'acide salicylique, en effet, provoque des bourdonnements d'oreille et des hallucinations, tandis que Frœnkel n'a vu qu'une seule fois, avec l'antipyrine, des vomissements, et une fois de l'exanthème. Malgré tous ces avantages, le remède n'arrive pas à enrayer une endocardite en voie de développement et ne peut remplacer dans tous les cas les préparations salicylées.

2. — Un nouveau médicament antithermique, l'*antifébrine*, est recommandé par Kussmaul qui l'a employé à la clinique

© BIU Santé

de Strasbourg. L'antifébrine présente un grand intérêt, car sa composition chimique diffère absolument des médicaments antithermiques employés jusqu'à ce jour. Elle dérive de l'aniline et présente d'excellentes propriétés ; c'est une poudre sans odeur, peu soluble dans l'eau, mais en ajoutant un peu d'alcool rectifié, l'antifébrine se dissout facilement ; elle ne donne lieu qu'à peu de phénomènes accessoires et influence l'hyperthermie avec une grande énergie. Jamais on n'observe de vomissements ou de dégoût. A la dose de dix centigrammes par heure, elle arrive à faire baisser la température de 3° à 4°, mais l'effet n'est que passager.

3. — On a fait aussi quelques nouvelles découvertes bactériologiques. M. Paul GUTTMANN a trouvé dans la *variole et la varicelle* une série de *cocci* qu'il considère comme les causes de ces deux maladies. Ceux de la *variole* sont le *Staphylococcus pyogenes aureus* qu'on trouve toujours dans le pus et, en outre, un *coccus blanc*, se développant en colonies. Il se distingue du *Staphylococcus pyogenes albus* déjà connu par le fait qu'il ne liquifie pas la gélatine et n'infecte pas les animaux auxquels on l'inocule. En dehors de ces formes, l'orateur a trouvé dans les cas de variole d'autres cocci, mais malgré cette variété d'organismes, il n'hésite pas à indiquer comme causant la variole les cocci que nous venons de décrire. Dans la *varicelle* on constate aussi la présence de 3 cocci différents. D'abord, le *Staphylococcus pyogenes aureus* et un autre *coccus blanc*, se distinguant du *Staphylococcus pyogenes albus* par le fait qu'il ne liquifie pas la gélatine et n'intoxique pas les animaux inoculés ; c'est donc probablement le même que celui de la variole. En outre, l'orateur a trouvé dans les cas de varicelle un *troisième organisme*, croissant rapidement, d'abord verdâtre, puis jaunâtre, se liquéfiant par la gélatine : il croit ici encore pouvoir admettre que ces trois cocci sont la cause du processus morbide. Ces vues ont été fortement discutées par la *Société médicale de Berlin*, devant laquelle elles ont été énoncées. On sait en premier lieu que le *Staphylococcus pyogenes aureus* se trouve chez l'homme dans toute suppuration, dans la sécrétion du pharynx, aussi ne peut il être la cause de la variole ou de la varicelle ; le nouveau, en revanche, ne se trouvant pas dans tous les cas, ne peut être considéré comme la cause de l'affection.

4.— La municipalité de Berlin a pris une mesure des plus utiles, sur laquelle nous insistons à dessein. On a installé une *usine de désinfection* dont l'ouverture a été fixée au 1er novembre. On pourra y faire désinfecter des habits, du linge, des lits, des matelas, des sommiers, des couvertures, des tapis, des rideaux, des meubles, etc. La désinfection se fait à la vapeur chaude ; si l'on a affaire à des objets que détériore la vapeur, comme le cuir par exemple, on emploiera des substances chimiques. Les objets à désinfecter sont pris à domicile par l'administration et rapportés une fois purifiés ; on évite soigneusement de mélanger les objets désinfectés avec ceux qui ne le sont pas encore. Les frais, transport compris, sont fixés de la façon suivante : *a)* pour les objets à désinfecter à la vapeur chaude, 4 marks (5 fr.) par mètre cube occupé dans l'appareil par les objets, avec un minimum de 4 marks. *b)* Les objets désinfectés chimiquement payent 80 pfennigs (1 fr. environ de notre monnaie) par heure de travail, les substances chimiques y comprises, avec un minimum de 80 pfennigs.

Nous sommes certain que cette institution est appelée à un grand avenir. Les avantages qu'elle offre aux hôpitaux et particuliers sont si grands qu'il est inutile d'insister davantage sur ce sujet.

LÉOP. CASPER.

BIBLIOGRAPHIE

La possession de Jeanne Ferry, *religieuse professe du couvent des sœurs noires de la ville de Mons* (1584). Réimpression du Dr BOURNEVILLE. Paris, 1886. Aux bureaux du *Progrès médical* et A. Delahaye et E. Lecrosnier, édit.

Tel est le titre du quatrième ouvrage de la *Bibliothèque diabolique*, conçue et exécutée par M. Bourneville. Son but, on le sait, est de démontrer, pièces en mains, que la grave question de la sorcellerie et de la possession démoniaque qui a conduit au bûcher tant de malheureux et préoccupé les noirs théologiens du Moyen Age, repose purement et simplement sur l'étude clinique des maladies nerveuses et mentales, de l'hystérie, en particulier. Les types et les variétés de cette dernière névrose ont été mis en lumière par les neuropathologistes, par MM. Charcot, Bourneville et l'Ecole de la Salpêtrière. Rien n'est plus facile que de prouver qu'entre nos maladies contemporaines et celles d'il y a trois cents ans, il n'y a au fond aucune différence, les teintes résultent de l'imprégnation des individus par les idées de l'époque, qui toujours se reflètent dans les modalités des délires, les hallucinées interprétant elles-mêmes l'origine et le genre de leurs accidents morbides, conformément à l'état des connaissances qu'on leur a inculquées. Qu'on se reporte, par exemple, en leur consacrant la plus grande attention, au *Sabat des Sorciers*, à l'*Exorcisme de Françoise Fontaine*, au *Traité de Jean Wier* sur les diables, magiciens, sorcières, sorciers, démoniaques, ensorcelés, et qu'on lise comparativement l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, les leçons du professeur Charcot, les mémoires de M. Bourneville, le traité de l'hystérie de Richer, partout on trouvera les stigmates physiques et les caractères psychiques de la grande hystérie. Il en sera de même pour le présent petit volume. D'ailleurs, M. Bourneville, dans une précieuse préface, marque d'un trait rouge les attaques convulsives, les convulsions extraordinaires, le délire avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat agréables ou désagréables, l'anesthésie, les extases, les sensations viscérales anormales, le dédoublement de la personnalité de cette religieuse « mise en la puissance du diable, et séduite en l'âge de quatre ans, par la suggestion du diable, et tourmentée par les malins esprits jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. » De nombreuses notes expliquent encore, au cours du texte, comme il convient, les merveilleux phénomènes enregistrés par le Monseigneur Illustrissime et Révérendissime Messire Loys de Berlaymont, archevesque et duc de Cambray, prince du Saint-Empire, assisté de docteurs en droit, licenciés, chanoines, théologiens, prêtres, pères, sœurs, supérieures, et d'un docteur en médecine (M. Loys Cospeau), ainsi que d'une sage-femme expérimentée dans les accidents survenant aux femmes.

P. KÉRAVAL.

Eléments figurés du sang ; Anatomie et Physiologie ; par le Dr VARIOT. Thèse d'agrégation (section des sciences accessoires). Octave Doin, Paris 1886.

Si le sang est assez bien connu au point de vue chimique, il n'en est pas de même pour ses éléments figurés. La lumière est loin d'être faite à l'heure qu'il est sur la morphologie, le mode d'origine et de formation de ses éléments, leurs rapports réciproques. M. Variot étudie successivement les globules blancs, les globules rouges, et essaye d'éclaircir un peu la question de l'hématopoièse et du développement des globules chez l'embryon. La seconde partie de cette thèse est réservée à la physiologie, aux fonctions des globules blancs et rouges. L'anatomie comparée et la chimie biologique n'ont pas été oubliées, mais un peu écourtées. Quelques travaux étrangers sur l'hématologie comparée sont cités à la bibliographie, mais leur contenu est à peine résumé dans le texte ; il n'y a pas qu'un savant français qui ait étudié les éléments figurés du sang dans la série animale ; il n'est pas souvent donné à un seul homme, fût-il un grand anatomiste, d'inventer tout un chapitre d'anatomie. Les travaux sur des questions limitées, pour être moins volumineux que d'autres où fourmillent des vues d'ensemble, ingénieuses, mais prématurées, ne sont pas à dédaigner ; on ne construit solidement une maison qu'en s'assurant de la valeur de chaque moellon.

Contribution à l'étude de la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie au début ; par le Dr COUTRAY DE PRADEL. Paris 1886.

L'auteur étudie, dans cette thèse, le processus des ascites des cirrhoses au début ; ces ascites peuvent disparaître spontanément ou sous l'influence du traitement. Ces ascites *curables* ne seraient pas produites par une gêne intra-hépatique de la circulation porte. Elles reconnaîtraient pour cause une gêne périphérique de cette circulation. Les lésions qui engendrent cette gêne circulatoire périphérique sont : la sclérose des

© BIU Santé

veines stomacales et intestinales; les thromboses de ces veines; la péritonite périhépatique chronique ou subaiguë. Si la sclérose gagne l'intérieur du foie, alors l'ascite devient permanente et incurable.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1886 ; par A. Bouchardat. Paris, Félix Alcan, 1886.

Malgré la mort du professeur Bouchardat, survenue au moment où il terminait la rédaction de cet annuaire, la série des éditions de ce petit opuscule, commencé par lui, ne sera pas interrompue. Ses fils continueront son œuvre en s'efforçant de résumer chaque année les médicaments nouveaux qui ont été préconisés, appréciés et reconnus comme des substances véritablement actives. Cette année, l'annuaire comprend l'étude de l'hopéine, de la paraldéhyde, de l'hypnone, de la boldoglucine, de l'apomorphine, cocaïne, terpine, terpinol, de la pyridine, spartéine, adonide, kéfir, kairine, thalline, antipyrine, etc., etc.; enfin le mode de traitement de la rage par Pasteur. Nous recommandons ce petit livre aux praticiens de la campagne qui ne peuvent se tenir au courant des recherches nouvelles en thérapeutique par la lecture des journaux hebdomadaires.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Du nombre desdictes quarente relligieuses il y en a une qui s'appelle *la mère Prieure* et une aultre *soubz-prieure*, qui s'aident l'une l'aultre, et néantmoings toutes deux concurrent au soing de toute ladicte maison, mesmes l'intendance et vigillantes sur les relligieuses et filles blanches, quoy que lesdictes filles blanches ayent chacune leur mère, appelée mére de relligion, et oultre ont le soing de prendre garde à tous les mallades, scavoir s'ilz sont bien servis, s'ilz ont chemizes, linges, draps et aultres leurs nécessitez, et pour le ménage de ladicte maison, font amasser les vielz draps et vielles chemises des mortz, et les font porter en ung lieu que l'on appelle la *chambre à la mort*, pour y estre gardez jusques à ce qu'ilz les font blanchir et les font servyr partie aux ensepvellissements et l'aultre en charpie et emplastre pour le pensement des mallades. Ilz ont le soin de tous les meubles de ladicte maison, et de tout ce que l'on y apporte ponr servir aux mallades, tous lesquelles meubles ilz souilloient avoir par inventaire, et sont serrez en une grande chambre, que l'on appelle la chambre aux draps, de laquelle toutes deux ont la clef, et est au-dessus du plancher de la salle Saint-Denis, en laquelle elles y sont tous les matins et les après disnée pour rechercher les draps décousus des mallades, prendre les vieilz draps des salles et en mectre de neufs à la place, et pour leur ayder à couldre, commectent quelques relligieuses avec elles et leurs filles, et quelquefois des femmes grosses qui sont à l'Hostel-Dieu, et enfin, font tel mesnage que la maison en reçoit grand soullagement, et mesme ladicte soubzprieure y prend pour les ensevelissements des mallades les suaires qu'ilz font tant de vielz draps que chemises des déceddez, ce prend aussy en ladicte chambre aux draps tous les emplastres et charpies et bandes qui sont nécessaires aux chirurgiens, auxquels et aux ensevelissemens, il s'y en va par jour, l'un portant l aultre, trois draps et plus, et les quatres heures venues, ladicte soubzprieure prend ses trois filles, et va à la chambre aux morts pour ensevelir les pauvres déceddez, lesquelles prieure et soubz-prieure et les aultres relligieuses et filles blanches sont judiciables soubz l'autorité du maistre qui pourvoit à tous désordres. Ledict maistre faict convocquer et assembler tous les vendredis de chacune sepmaine, le chappitre, le faict sonner à ce que chacun s'y trouve, pour pourveoir à leurs défaultz tant de leurs statuz que mœurs, et chacune d'elles et dont il reçoit les plaintes et y donne ordre. Il y a à ladicte maison plusieurs offices establyes, la pluspart par Messieurs les gouverneurs et les aultres par la prieure. Premièrement, l'office de l'appoticquairerie, en laquelle lesdicts sieurs gouverneurs font reserrer toutes les drocgues qu'ilz acheptent pour faire les médecines, eaues, sirop, tizannes, est remplye de meubles, mortiers, pillons, fourneaulx et aultres ustancilles servant à faire lesdictes médecines, et pour y avoir l'œul, y ont estably une antienne relligieuse, qui a avec soy une jeune relligieuse, que l'on apelle jeune sœur, un garson qui a vingt escus de gaige par an, laquelle jeune sœur, par le commandement de ladicte antienne relligieuse, baille au garson appotiquaire les drogues pour faire les médecines que le médecin ordonne, lesquelles faictes, ladicte jeune sœur et ledict appoticaire vont ensemblement porter à l'heure ordonnée lesdictes médecines de salle en salle, et donnent ordre que les filles préposées esdictes salles ayent soing de bailler des boullons auxdits malades qui ont pris lesdictes médecines, elle a aussy soing et prend garde que les tizannes ne manquent et que toute la bouticque de ladicte apothicairerie soit tenue nectement.

Secondement il y a ung aultre office que l'on appelle la *poullerie* en laquelle lesdicts sieurs gouverneurs font serrer tous les habitz des mallades qui entrent audict Hostel-Dieu, et pour en avoir le soing y ont estably une antienne relligieuse pour avoir l'œul tant à la conservation desdicts habitz que à tout autres choses qui deppendent dudict office, avec laquelle est une jeune sœur qui est aussy relligieuse, qui faict et mect tous les habitz desdictz mallades, chacun à part et par pacquez, marquez par une lettre différante sur chacun habit, comme aussy pareille lectre ou marque se mect au bras desdictz mallades, afin que l'abit du mort se puisse congnoistre, et distraict des aultres pour estre serré, ou sy le mallade est guary, pour luy bailler pour s'en aller. Il y a soubz elle un garson qui sert à prendre les lictz des malades gastez, pourriz ou descousus, pour les porter en ladicte office, etc.....

Tiercement, il y a ung autre office appelée l'*office des accouchées* en laquelle sont receues les femmes grosses.

Les religieuses n'avaient pas le soin de cette salle. Elles n'étaient que portières pour recevoir les femmes admises par la maîtresse sage-femme. Il y en avait deux, une ancienne et une jeune sœur.

Ladicte dame relligieuse a le soing que toutes lesdictes femmes grosses entendent tous les jours au matin la première messe, à laquelle la sage-femme les conduict.....

Et oultre à ladicte dame antienne relligieuse soing d'ouvrir et fermer la fenestre de la *Tour du Limbe*, qui est ung tour carrée par où l'ong jette les enfans mornez que l'on apporte, tant de ceste ville de Paris que des faulbourgs ou autres lieux circonvoisins, avec lesquelz on y jette un minot ou environ de chaux vive, pour les brusler et consommer et empescher la trop grande puanteur, duquel tour elle en ferme la clef et ne la baille à personne.....

Quartement, il y a ung autre office qui est la garde de la porte du parvis, pour entrer et sortir audict Hostel-Dieu, auquel messieurs les Gouverneurs ont estably une antienne relligieuse, pour prendre garde surtout à ce que l'on ne transporte rien hors de l'Hostel-Dieu, à charge de mectre de l'huille aux lampes, tant des salles que devant le sainct sacrement à l'entrée et devant les confessionnaires, des quatre heures au soir, pour les faire allumer l'hiver par les filles qui sont aux offices, et d'aultant qu'elle ne peult elle-même faire cet office, il luy est baillé deux garsons que l'on appelle portiers, qui ont soing desdictes lampes.... Lesditz portiers ont aussy la charge tous les jours à huict heures du matin d'allumer la torche pour aller et la porter devant le chapelain *qui porte le sainct sacrement par toutes les salles des mallades*..... la place de ladicte dame relligieuse portière est au bout de l'Hostel Notre-Dame, qui est en entrant audict Hostel-Dieu, lequel elle a soing de parer, et l'image de la Vierge, des ornements qu'elle a en sa garde, et mect ès mains des sieurs Gouverneurs tous les deniers qu'elle reçoit ès jours des Pardons de toute l'année, le lendemain de chasque pardon.....

Oultre, il y a encores quatres aultres offices qui sont *offices qui se nomment par la mère prieure*.

Le premier office auquel est estably une antienne relligieuse qui est appellée la dame du couvent, laquelle a charge de mectre les nappes au refectouer, pour le disner et soupper des relligieuses, prendre le pain de chacune fille relligieuse et fille blanche pour livrer à chacune pour le jour, tel et comme il luy est apporté par l'un des amballeurs, qui le prend de la main du portier de la sonnete, qui le reçoit du maistre boullanger, suivant le nombre qu'elles sont, comme aussy le vin qu'il leur fault, pour toutes par ledict serviteur amballeur à dix heures du matin, pour leur en bailler à chacune leur portion qu'il leur est ordonnée par le reiglement, elle reçoit aussy le potage et le bouly qui luy est adressé de la cuisine, pour leur dresser promptement, lorsque la mère prieure aura sonné la cloche que l'on nomme la cloche du couvent des filles, et alors lesdictes relligieuses estant venues pour disner, hormis celles qui sont ès offices des salles, se mettent, la bénédiction faicte, à table pour disner, pendant lequel l'une d'elles faict la lecture, ainsy qu'aux aultres maisons de relligion et sont toutes assizes d'ung costé, lors l'on leur apporte à tous leur potage et leur disné, et les filles blanches sont assizes à une table basse, qui est au mitan du refectouer, ou pareillement on les sert au disner et soupper, et ayant disné, sortent dudict couvent, et les relligieuses vont à l'église rendre grâces à Dieu et faire leurs prières, comme ilz ont accoustumé, pendant lequel temps et les grâces dittes, les aultres qui sont aux offices des salles des mallades, elles vont au couvent et disnent avec le mesme service et ordre que les aultres, pendant le premier et second disner audict couvent. Il y a une relligieuse qui garde la porte des allées par où on entre audict refectoir, pour empescher les personnes d'y entrer, et à leur sortie pour aller à grâces, empescher touttes personnes de s'approcher d'elles,

© BIU Santé

ny *demeurer à les regarder*, comme pareillement au retour desdictes grâces, et pour le soir est faict le mesme. Avec laquelle antienne relligieuse lui est baillé une relligieuse qui se nomme *jeune sœur*, assistée de ses filles de relligion au travail de ladicte office, qui concurrent à ce que toutes lesdictes relligieuses soient bien et honnestement servies.

Ls second est ung aultre office qui se nomme l'*essuiment*, auquel ladicte Prieure establit une antienne relligieuse, à laquelle elle donne charge de prendre garde aux draps qu'elle doibt avoir en charge, qui sont mis aux grandes lessives qui se font de six semaines en six semaines.... et soubz ladicte relligieuse il y a d'aultres relligieuses et filles pour la soullager, et sert ordinairement aux petites lessives qui se font de quinze jours en quinze jours.....

Le Troisiesme est l'Office *de la Grande lavanderye*, où se font les grandes lessives cy dessus, auquel par rang s'establissent les religieuses, chacun pour ung an, pendant lequel elle est appelée la dame de la Grande lavanderye, qui est subalterne à la dame dudit essuiement, et à ladicte dame de la lavanderye, deux relligieuses soulz elle, qui s'appellent l'une deuxiesme et l'aultre tierce, qui ont chacune leur charge à part audict office. La maistresse demeure à la rivière pour tordre les draps et les envoyer par compte à la dame dudict essuiment et la seconde est celle qui a la charge de faire que le disner soict prest à l'heure, qu'il prenne leur repas entre eulx, et la troiziesme espluche les herbes, les meet et taste au pot, meet la nappe et appreste le disner. pendant que la deuxiesme avec ses filles apprentisses qui sont quatres, et le garson emballeur, que l'on appelle *sandrier*, parceque quand il a le loisir il va par tout les fourneaux des thuilleries, et autres endroictz, demander de la sandre pour l'Hostel Dieu, deschargent et enlèvent les draps et linges qui est dedans le cuvier pour le meetre sur les espaules des garsons emballeurs pour les porter à la rivière à la maitresse de ladicte lavanderye, pour les faire laver et par après les renvoyer par comptes à la dame dudict essuiment, en laquelle office, aussitost que l'heure du disné est venue, c'est-à-dire qu'il n'y a plus que les petitz drapeaux et torchons à laver, ladicte dame de l'essuiment et la maistresse de la grande lavanderye, seconde et tierce se mettent à table et par ordre, les quatres apprantisses, la *pucelle*, le sandrier et les garsons qui ont aydé ausdictes lessives, se mettent tous à ladicte table et prennent leur repas ensemblement, et leur nourriture se prend à la maison tant à la cuisine que sommellerie et panneterie, laquelle pucelle et son homme sont empeschez tout ce jour à blanchir le linge des gens d'église, relligieux et chappelains, *et ce blanchit à ung cuvier à part et se lave en lieu sepparé des aultres*.

Il y a ung aultre office en suitte de celuy de la grande Lavanderie que l'on appelle la *Petite Lavanderye* auquel il y a une aultre relligieuse qui est appelée la maistresse de la Petite Lavanderye, laquelle après qu'elle a esté ung an entier en la grande, elle en sort et rentre en la petitte lavanderye pour y estre aussy ung an antier, et est establye et a soubzsoy six filles que l'on appellent *petites lavandières*, qui sont journellement occupées à laver à la rivière tous les draps que l'on soubstraict de desssoubz les griefz mallades, qui sont soubz eux et se gastent, d'aultant qu'il seroit impossible de faire tous les jours la lessive, l'on se contente seulement, pour l'impossibilité, de les laver sinplement, et les seicher au feu, spécialement en iver, tellement que c'est l'office la plus pénible, car il fault quelquefois jour et nuit travailler là où il s'y faict une despence de boys quasy du tout incroyable, et fault qu'elles seichent plus de trois centz draps et ont toutte ceste charge l'espace d'ung an entier.

Oultre toutes ces offices, le grand nombre des mallades est couché et dispersé en cinq salles nommées la salle Saint-Thomas, qui est la salle en entrant droict, la salle Saint-Denis, la salle de l'infirmerie, la salle neufve et la salle du Legat. A chacune des salles il y a ung office auquel il y a une relligieuse qu'on appelle *Cheftaine* qui est chef de l'office... et y demeure assiduellement tout le long du jour jusqu'à ce que les *veilleresses* descendent pour servir les mallades la nuict, *elle commande et a soubz soy aultant de filles que luy est nécessaire*, tant pour conduire les dictz mallades ausdits aisemens, que pour aider les mallades à les coucher, leur recouvrir, et sy advient qu'ils ayent nécessité des sacremens soict de confession, l'eucharistye ou l'extresme-onction, elles vont appeler les chappelains pour leur adsister et *s'ils sont agonisans, elles ne bougent d'auprès à leur crier Jésus Maria, sans les abandonner qu'ilz ne soient déceddez*... Est encores ès dictes salles et offices à chacune deux relligieuses qui servent de pain et de vin ausdits mallades, soict le matin et le soir, oultre ont soing, en cas qu'auleuns mallades de leurs offices veillent prendre la saincte hostie ou l'extresme-onction, de dresser ou parer les tables, mettre la serviette dessus, avec la croix et l'eau beniste ou le plat et les estouppes et chandelles beniste pour faire et accomplir le désir des dictz malades.... Et davantage le matin après la première messe, qui se dict à sept heures et les salles desdictz mallades nettes. le chappelain qui est semainier porte le saint sacrement par toutes les dictes salles pour le faire prendre à ceulx qui en ont la volonté, ou du moins le faire adorer à tous, cela se fait tous les jours.

Dans ce mémoire très curieux que M. Briele a publié *in extenso* dans le 1er volume des *Documents* (p. 59 à 65) les réglements que devaient suivre prêtres et religieuses à l'Hôtel-Dieu, sont nettement définis. Le travail était dur et les lois régissant le monde spirituel du vieil hôpital si elles avaient toujours été suivies, auraient mérité pour leurs observateurs l'admiration de tous. Il en a malheureusement été différemment et les pièces qui vont suivre vont nous éclairer sur l'anarchie qui régnait alors entre les religieuses elles-mêmes.

Laïcisation des Bureaux de bienfaisance de Paris.

M. Risler, maire du septième arrondissement, beau-frère de M. Hovelacque, a réuni, samedi soir, les membres de son bureau de bienfaisance. Après discussion et à la majorité de 11 voix contre 4, la laïcisation des trois maisons de secours du Gros-Caillou, de Sainte-Clotilde, de Saint-François-Xavier des Missions, a été votée. L'œuvre de laïcisation se poursuit donc à la grande satisfaction de la population parisienne. — (*Radical*, du 10 nov.)

Nous espérons que les municipalités des autres arrondissements vont s'empresser de suivre l'exemple de M. Risler et que nous aurons à enregistrer successivement la laïcisation de toutes les maisons de secours de Paris. Nous reviendrons prochainement sur cette question au sujet de laquelle MM. Sigismond-Lacroix et Bourneville ont déposé à la Chambre une demande d'interpellation, ajournée à cause de la discussion du budget.

Institution à l'Asile clinique (*Sainte-Anne*) d'une école départementale d'infirmiers et d'infirmières.

La commission de surveillance des Asiles publics d'aliénés de la Seine, dans ses séances du 8 juillet et du 12 août dernier, sur la proposition de M. Bourneville, a émis l'avis que l'Ecole d'infirmiers et d'infirmières qui fonctionne à l'Asile clinique depuis 1882 (1), prît à l'avenir le caractère bien accusé d'une institution départementale et servit à donner l'instruction professionnelle à l'ensemble du personnel secondaire des divers Asiles du département. Pour répondre à ce désir, M. le préfet de la Seine vient de nommer une commission composée de: MM. Bourneville et G. Robinet, membres de la commission; Roux, directeur des affaires départementales; Dr Taule, directeur de l'Asile clinique; Dr Espiau de La Maestre, médecin-directeur de l'Asile de Ville-Evrard; Dr Bigot, médecin-directeur de l'Asile de Vaucluse; Barroux, directeur de l'Asile de Villejuif; Dr Quesneville, pharmacien de l'Asile clinique.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 22. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Ch Richet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Tarnier, Reclus; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Straus.

Mardi 23. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Grancher, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Campenon; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Ball, Laboulbène, Hanot; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Cornil, Joffroy.

Mercredi 24. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Tarnier, Terrillon. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

Jeudi 25. — (Epreuve pratique), Médec. opér. : MM. Panas, Duplay, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) 1re *Série* : MM. Cornil, Grancher, Villejean; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Peter, Hallopeau.

Vendredi 26. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Guyon, Lannelongue, Remy. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Charcot, Damaschino, Landouzy.

Samedi 27. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Brouardel, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : Vulpian, Peter, Hutinel; — 2e *Série* : MM. Grancher, Proust, Debove.

(1) Elle a été créée par le Conseil général à la suite d'un rapport de M. Bourneville.

© BIU Santé

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 22. — M. Launois. Contribution à l'étude des hémorrhagies dans les néphrites. — M. Audiat. Des kystes hydatiques des muscles.

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Introduction physique à l'électricité médicale avec ses applications thérapeutiques gynécologiques. — M. le Dr Apostoli commencera son cours le 17 novembre, à 4 heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les vendredis suivants à la même heure.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr Miot, recommencera ses conférences cliniques sur les maladies des oreilles et du nez le mercredi 24 novembre à une heure et demie, rue Saint-André-des-Arts, 41. Il les continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr H. Picard, commencera son cours sur les maladies des voies urinaires à l'Ecole Pratique, amphithéâtre n° 2, le samedi 20 novembre à 6 heures et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

FORMULES

Poudre iodoformée antiseptique. — J. Lucas-Championnière.

Le chirurgien de Tenon emploie la poudre suivante pour remplacer l'iodoforme :

Iodoforme passé au tamis. Poudre de quinquina. Poudre de benjoin, Poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'Eucalyptus.	parties égales.

Il applique cette poudre directement sur les plaies avec un pansement antiseptique quelconque.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 7 novembre 1886 au samedi 13 nov. 1886, les naissances ont été au nombre de 1142 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 422 ; illégitimes, 178. Total, 600. — *Sexe féminin* : légitimes, 381 ; illégitimes, 161. Total, 542.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 nov. 1886 au samedi 13 nov. 1886, les décès ont été au nombre de 959, savoir : 509 hommes et 450 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 11, T. 21. Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 10, F. 8, T. 18. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 3, T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 12, F. 7, T. 19. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 1, F. 2, T. 3. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 15, F. 12, T. 27. — Phthisie pulmonaire : M. 128, F. 86, T. 214. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 3, T. 19. — Autres affections générales : M. 28, F. 33, T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20, F. 33, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 10, T. 32. — Pneumonie : M. 14, F. 14, T. 28. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 17, T. 33. — Athrepsie : M. 38, F. 36, T. 74. — Autres maladies des divers appareils : M. 144, F. 155, T. 299. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 23, F. 5, T. 28. — Causes non classées : M. 4, F. 10, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 101 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44, illégitimes, 7. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 15. Total : 50.

Faculté des sciences de Paris. — M. Killian, aide des travaux pratiques du laboratoire de géologie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux pratiques dudit laboratoire.

Faculté des sciences de Paris. — L'assemblée des professeurs vient de présenter à la chaire de zoologie : M. Yves Delages, à l'unanimité ; 2° M. Jourdain.

Faculté de médecine de Paris : *Conférences.* — La Faculté, réunie en Conseil, conformément à l'article 3 du décret du 30 juillet 1886, et après en avoir délibéré a décidé que les conférences suivantes, destinées à compléter son enseignement, seront organisées de la manière suivante pendant le semestre d'hiver 1886-87. MM. Hutinel : *Maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire*, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre Laënnec). — Richelot : *Maladies chirurgicales des os et des articulations, des vaisseaux, des nerfs, de la peau et du tissu cellulaire, des muscles et des tendons*, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — Hanriot : *Chimie minérale*, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du du matin (Ecole pratique, rue Vauquelin). — Raphaël Blanchard : *Zoologie médicale*, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre). — Charles Richet : *Digestion, absorption, sécrétions, nutrition ; Physiologie des muscles*, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — Budin : *Grossesse normale ; Accouchement naturel ; Opérations obstétricales*, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Mutation de chaire. — Dans la dernière assemblée des professeurs, le 4 novembre, il a été décidé que M. Peter pouvait échanger sa chaire de pathologie interne pour celle de clinique médicale vacante depuis la mise à la retraite du Pr Hardy et que les chaires d'anatomie, de physique et de pathologie interne étaient déclarées vacantes. M. le Pr Potain passe de Necker à la Charité.

M. le Dr Béclard est nommé doyen pour une période de 3 années.

Préparateurs des cours. — M. Coudray, docteur en médecine, est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris. — M. Beurnier, docteur en médecine, est nommé préparateur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Assaki, appelé à d'autres fonctions.

Travaux pratiques d'histologie. — Le personnel des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme il suit : MM. Cadiat, chef des travaux ; Variot, préparateur ; Launois, aide-préparateur ; Pilliet, aide-préparateur ; Chatellier, aide-préparateur ; Girod, aide-préparateur ; Leroy, aide-préparateur. Un congé, pendant l'année scolaire 1886-1887, est accordé, pour raisons de santé, à M. Cadiat, chef des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris. — M. Rémy, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Dijon. — Un congé d'inactivité, pendant l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Perravex, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Lory, professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Grenoble, est nommé, pour trois ans, à partir du 11 novembre 1886, doyen de ladite Faculté.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Morelle, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, en outre, à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1886-1887, chef des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Thibaut, dont la délégation est expirée. — M. Doumer, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, en outre, à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1886-1887, chef des travaux pratiques de physique, en remplacement de M. Morelle, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Quarré (Charles) est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie appliquée à l'agriculture et à l'industrie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Lignon, appelé à d'autres fonctions.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Mondan est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section), en remplacement de M. Chatin, nommé directeur honoraire.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Le 4 novembre à la reprise des cours, M. le Dr Humbert-Gourbeyres a prononcé un discours sur l'origine divine de la médecine et il a terminé, paraît-il, par une protestation violente contre la loi sur l'enseignement laïque et sur la laïcisation. D'après différents journaux, M. le ministre de l'instruction publique aurait donné l'ordre de procéder à une enquête.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — Un concours s'ouvrira le 4 mai 1887 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de phar-

© BIU Santé

macie de Dijon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLES D'INFIRMIÈRES A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE VILLE-EVRARD. — Nous avons la satisfaction d'annoncer que l'Asile de Ville-Evrard a inauguré des cours professionnels aux infirmiers et infirmières le 8 octobre. Déjà des cours primaires pour les infirmières ont été organisés dans cet Asile par les soins du directeur, M. Espiau de Lamaëstre. Cette école fonctionne très régulièrement et avec succès depuis plusieurs mois.

ECOLE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS POUR LES ENFANTS TEIGNEUX. — L'administration de l'Assistance publique vient de créer, à l'hôpital Saint-Louis, une école pour y recevoir les enfants atteints de maladies contagieuses du cuir chevelu. Depuis longtemps, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, et M. Lailler, médecin à Saint-Louis, avaient été frappés de l'insuffisance du nombre des lits affectés aux teigneux et aux enfants atteints d'affections cutanées Par suite de cette lacune, les malheureux étaient obligés d'attendre plusieurs semaines avant de recevoir les soins que nécessitait leur état. Impossible, d'autre part, de les faire admettre dans les écoles municipales, le caractère contagieux de leur affection présentant des dangers pour les autres élèves. Afin d'enrayer le mal dans la mesure du possible et d'empêcher en même temps les enfants forcément oisifs de se livrer au vagabondage, l'Assistance publique a ouvert, ces jours derniers, à Saint-Louis, un demi-pensionnat où une centaine d'enfants, garçons et fillettes, peuvent recevoir les bienfaits de l'instruction et où ils sont nourris et soignés. Le soir, ils sont rendus à leurs parents, en attendant que des vacances se produisent à l'hôpital, qui permettent de les loger jusqu'à guérison complète de leur affection. M. le Dr Lailler a bien voulu se charger de la surveillance de ladite école, à laquelle vient d'être attachée, comme institutrice, une suppléante d'une école communale.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. FALLOT, suppléant des chaires de médecine à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie pathologique à ladite Ecole. — M. LAGET, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est transféré, à partir du 1er novembre 1886, dans la chaire de clinique interne de ladite Ecole.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. COURCHET, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de matière médicale à ladite Ecole. — M. MASSOL, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de minéralogie et hydrologie à ladite Ecole.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — M. DAYOT (Hippolyte-Edouard-Marie), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Halle* : M. le Dr KŒTTNITZ, est nommé Privat-Docent. — *Faculté de Dorpat* : M. le Privat-Docent C. DEHIO est nommé professeur extraordinaire de pathologie spéciale et thérapeutique.—*Cambridge* : M. Ward, vient de faire un don de 250,000 fr. à cette Université.

BOURSES D'ÉTUDES. — M. Débuchet, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier, vient d'obtenir une bourse d'études par décret du 17 novembre.

BOURSE DE VOYAGE DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Le concours entre les internes des Asiles et ceux des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, pour l'obtention d'une bourse de voyage de 2000 fr., s'est ouvert aujourd'hui à l'Asile Sainte-Anne, sous la présidence de M. le Dr Ball. Le jury est composé de: MM. Ball, président; Vallon (Villejuif); Bouchereau (Sainte-Anne); de Lamaëstre (Ville-Evrard); J. Voisin (Salpêtrière); Hanot, médecin des hôpitaux; Berger, chirurgien des hôpitaux. Les seuls candidats à cette bourse sont: MM. Pichon et Vrain, internes des Asiles (Sainte-Anne). La question extraite de l'urne pour la composition écrite a été la suivante: *Ventricule latéral. Diagnostic différentiel de la paralysie générale.* La séance de clinique aura lieu vendredi prochain, à 5 heures du soir, à la Salpêtrière.

CONFÉRENCES D'ACCOUCHEMENTS. — M. P. Budin, professeur agrégé, commencera son cours le jeudi 25 novembre, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Objet du cours: *Grossesse. — Accouchement normal. — Opérations.*

HOPITAUX ET HOSPICES DE BORDEAUX. — Voici le personnel des internes et externes titulaires pour l'année scolaire 1886-1887: *Premier interne*, M. Armand Chevalier. *Internes titulaires. — De troisième année:* MM. Auché, Petit, Chaleix, Boisvert. — *De deuxième année:* MM. Vincent, Binaud, Hédon, Mourange, Rolland, Natier. — *De première année:* MM. Daraignez, Bassères, Viéron, Audebert, Kuzmiersky. — *Internes provisoires*: MM. Saint-Hilaire, Bitot, Faivre, Fage, Mendès, Chabrely. — *Externes titulaires*: MM. Giraud, Rouchaud, Desmartin, Four, Braquehaye, Berger, Lespinasse, Rouchon-Duvignaud, Lamarque, Soulié, Noblot, Raulin, Lafforgue, Sémiac, Gaube, Borde, de Coquet, Dumur, Barret de Nazaris, Baudet, Courtey, Lacaze, Estrader, Gauja, de Sardac, Boursiac, Durand.

HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (Seine). — Le 23 novembre 1886, à 10 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôpital-Hospice de la ville de Saint-Denis, un concours pour deux places d'interne en médecine vacantes à la date du 1er décembre 1886. Les candidats devront se faire inscrire à la direction de l'Hôpital-Hospice, route d'Aubervilliers, soit directement, soit par lettres, avant le 22 novembre. Ils auront à justifier de douze inscriptions. Epreuves du concours : 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie. — 2° Examen de deux malades et compte rendu oral.

HÔPITAUX DE NANTES. — Ont été reçus *internes* au dernier concours, 18 octobre 1886 : MM. Oiry, Guimbretière, Danly, Guibert, titulaires; Gendron et Bourdon, provisoires. — Ont été reçus *externes* : MM. Monnier, Sureau, Neveu, Allaire.

HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS.— M. le Dr CHIPAULT vient d'être nommé chirurgien en chef (service des hommes), en remplacement du Dr Bichemier admis à la retraite. — M. le Dr PILATE, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien (service des femmes), à la place du Dr Chipault.— M. le Dr ROCHER est appelé aux fonctions de chirurgien adjoint.

L'ASSISTANCE ET L'INSTRUCTION PUBLIQUES A SAINT-PÉTERSBOURG.— On lit dans l'*Annuaire* de la ville de Saint-Pétersbourg pour 1885, publié tout récemment, que les frais d'assistance publique (médecine et bienfaisance), supportés par la ville, sont plus considérables, — relativement, bien entendu, — que ceux qui incombent aux municipalités de Paris, de Vienne, de Berlin, de Stockholm et de Copenhague. Les dépenses affectées à ce chapitre du budget municipal, forment, à Vienne, 24 0/0 du revenu total de la ville. Elles sont de 22 0/0 à Copenhague. 20 0/0 à Paris, 12 0/0 à Stockholm, 11 0/0 à Berlin, tandis qu'à Saint-Pétersbourg elles montent à 32 0/0. Pour les frais de l'instruction publique, c'est juste l'inverse. Tandis que Berlin y consacre 24 0/0 de son revenu total, Vienne 13 0/0, Copenhague 12 0/0, Budapeth 10 0/0, Paris et Stockholm 7 0/0, la contribution de la ville de Saint-Pétersbourg n'arrive qu'à 5 0/0.

LIBÉRALITÉS POUR LA SCIENCE. — Mme Wilson, femme du célèbre dermatologiste anglais, sir Erasme WILSON, ancien président du *College of Surgeons* de Londres est morte il y a quelques jours. Le College of Surgeons entre de ce fait en possession d'au moins 200.000 livres sterling, d'après le testament de sir Wilson.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs présente à la chaire de pathologie comparée les candidats suivants : 1° M. Chauveau ; 2° M. Grèhant.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. DEBRIE est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole d'application des beaux-arts à l'industrie ; — Mademoiselle BENOIT (Victorine), docteur en médecine, est chargée du cours d'hygiène et de sciences naturelles à l'Ecole professionnelle et ménagère de la rue Ganneron.

NOUVEAUX JOURNAUX.—Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal de médecine *Le Poitou médical*. Nous souhaitons à nos confrères du Poitou bonne réussite.

RÉCOMPENSES. — Nous apprenons avec le plus grand plaisir que le Prof Jacques REVERDIN (de Genève), ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'obtenir la décoration de chevalier de la Légion d'honneur. Nous lui adressons nos plus vives félicitations.

UNION DES FEMMES DE FRANCE. — *Secours aux blessés et malades de l'armée, en temps de guerre et aux victimes des désastres publics.*—Un pressant appel est fait aux sentiments d'humanité et de patriotisme par l'Union des Femmes de France qui prépare une vente de charité dans le but de continuer à venir en aide à nos soldats et marins blessés ou malades. Cette vente aura lieu au siège de la Société, 29, rue de la Chaussée-d'Antin, le 17 et le 18 décembre prochain.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Ernest RIBEAUCOURT, ancien maire du VIIe arrondissement à Paris, décédé à Fouras (Charente-Inférieure).—M. CHANCOURTOIS, professeur de géologie à l'Ecole des Mines de Paris. — M. J. DUBOSCQ, le savant fabricant d'instruments de précision, élève de Soleil, mort à Paris.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 48. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 NOVEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

De la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement (1);

Par P. BUDIN, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, Accoucheur de la Charité.

Dans les cas d'avortement, lorsque le fœtus a été expulsé et que l'arrière-faix demeure dans la cavité utérine, quelle doit être la conduite du médecin ? Cette question à été très discutée dans ces dernières années.

Deux complications principales peuvent être observées à la suite de la rétention de l'arrière-faix dans la matrice, ce sont : l'hémorrhagie et la septicémie.

Un certain nombre d'accoucheurs, considérant ces complications comme fréquentes, donnent le conseil d'intervenir toujours, lorsqu'au bout de quelques heures les annexes n'ont pas suivi le fœtus. Les procédés qu'ils ont recommandés sont nombreux et variés. Les uns introduisent le doigt dans l'utérus et cherchent à décoller, à fragmenter, à enlever le placenta; d'autres font pénétrer des pinces mousses, des pinces à faux-germes avec lesquelles ils s'efforcent d'extraire de leur mieux l'arrière-faix; il en est qui emploient la curette, soit une curette mousse, soit une curette coupante, le Dr P. Mundé, par exemple, ne fait usage que de la curette mousse et encore recommande-t-il « d'éviter l'emploi d'une force qui pourrait blesser la femme » (2). Mais la curette à bords tranchants a ses partisans : on gratte, on racle les parois de la cavité utérine et on entraîne au dehors les débris de l'œuf. Dans ces derniers temps, on a conseillé d'ajouter au raclage des parois utérines, pratiqué avec une curette large et mousse, l'emploi de l'écouvillon (3). Dans certains cas, l'écouvillon suffirait, sans qu'il fût besoin d'avoir préalablement recours au raclage.

Mais il n'est pas toujours facile d'opérer dans l'utérus dont les dimensions sont peu considérables au début de la grossesse et dont le canal cervical n'est guère perméable ; on peut être obligé de pratiquer la dilatation soit avec le doigt, soit avec des dilatateurs mécaniques, soit avec l'éponge préparée, la laminaire ou le tupelo. Pour mieux agir même, quelques médecins saisissent le col avec des pinces de Museux et l'abaissent jusqu'à la vulve. En un mot, il faudrait par tous les moyens, et ces moyens varient suivant les cas et avec le tempérament des opérateurs, arriver à entraîner l'arrière-faix hors de la cavité utérine.

Une telle conduite est-elle vraiment rationnelle et nécessaire? Il nous semble que, pour la faire accepter, il faudrait d'abord démontrer deux choses : 1° que la rétention du placenta est réellement une source d'accidents fréquents ; 2° que toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on a recours n'offrent aucun danger.

(1) Lecture faite à l'*Acad. de Médecine*, le 23 novembre 1886.
(2) Paul Mundé. *American Journal of obstetrics*, vol. XVI, p. 143, 1883.
(3) Doléris. *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, mai 1886, p. 291.

1° La rétention du placenta dans l'avortement est-elle réellement une source d'accidents fréquents ?

Nous avons rassemblé toutes les observations recueillies dans notre service d'accouchements de la Charité, du mois de mai 1883 au mois de mai 1886, et nous avons de plus, avec l'autorisation de M. Tarnier, fait relever tous les cas d'avortement qui ont été soignés à la Maternité du mois de Juillet 1883 au mois de Juillet 1886. Voici les résultats que nous avons obtenus :

Sur un total de 210 observations (57 à la Charité, 153 à la Maternité), il y a eu 46 fois rétention du placenta, ce qui donne une proportion de 22 pour 100.

Les suites de couches ont été habituellement simples après l'avortement complet, la morbidité a été presque nulle : mais qu'a-t-on observé dans les cas de rétention de l'arrière-faix ?

A la Charité, il n'y a eu aucune hémorrhagie quand la délivrance tardive s'est effectuée. A la Maternité, deux fois seulement une légère hémorrhagie est survenue au moment où le placenta a été expulsé.

Quant à la septicémie, sur 22 cas de rétention du placenta observés à la Charité, 3 femmes avaient de la fièvre quand elles ont été apportées à l'hôpital; chez deux d'entre elles, l'embryon était déjà expulsé; chez la troisième, il y avait 40° au moment de la sortie du fœtus, quelques heures après l'admission de la mère. Dans ces trois faits, les symptômes de septicémie ont facilement disparu sous l'action du traitement antiseptique.

Sur 24 cas de rétention suivis à la Maternité, 21 fois il n'y a eu aucun incident, les suites de couches ont été normales; trois autres ont présenté les particularités suivantes : Une femme chez laquelle le placenta était resté dans la cavité utérine a eu quelques phénomènes d'infection qui ont rapidement cédé aux injections intra-utérines de liqueur de Van Swieten ; une autre, victime d'un avortement criminel, est entrée à l'hôpital avec de l'élévation de la température, la guérison a été prompte; enfin chez une malade qui avait de la bronchite et de la fièvre lors de son admission à la Maternité, le placenta fut expulsé totalement au bout de soixante heures; il y eut des lochies fétides qui disparurent rapidement avec les injections intra-utérines, mais la fièvre et la toux qui existaient au moment de l'entrée persistèrent, s'accrurent et on constata l'existence d'une pneumonie à laquelle la femme succomba quatorze jours après qu'elle avait avorté (1).

En résumé, sur ces 210 faits d'avortement, il y a eu 46 fois rétention du placenta ; les accidents consécutifs à cette rétention ont été très rares, une seule femme a succombé, et il est douteux qu'on puisse attribuer sa mort à la septicémie.

(1) Nous laissons volontairement de côté les cas de rétention des membranes. — Ajoutons que nous n'avons pas cru devoir comprendre dans le relevé de la Charité une femme pour laquelle, en notre absence, un de nos collègues a employé une autre méthode, et dans la statistique de la Maternité l'observation d'une femme apportée en pleine péritonite. Il y avait eu avortement criminel ; la malade mourut le lendemain et la personne coupable d'avoir provoqué cet avortement fut condamnée aux travaux forcés.

© BIU Santé

Donc, quand on met les femmes dans des conditions favorables d'asepsie, la rétention du placenta n'est pas fréquemment, comme on l'a prétendu, une source d'accidents.

2° Toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on se livre pour extraire l'arrière-faix, sont-elles donc complètement inoffensives? Nous ne saurions trop engager ceux que cette question intéresse à lire avec soin les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Ils y verront que le doigt est en général insuffisant, il ne réussit pas toujours à détacher le placenta et à l'entrainer au dehors. Les pinces sont difficiles à manier dans l'intérieur de l'utérus et souvent elles y laissent des débris de l'arrière-faix.

Quant aux curettes et surtout aux curettes coupantes, on leur a adressé maints reproches fondés sur des faits. Elles semblent impuissantes à détacher les débris du placenta lorsqu'ils se trouvent dans une des cornes de l'utérus, a dit P. Mundé (1); malgré un grattage attentif on a laissé des portions de délivre dans l'intérieur de l'utérus, les observations de Skjelderup (2), de Doléris (3) en font foi; dans un cas même rapporté par Moses, bien qu'on eût raclé, lavé, cautérisé avec le perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain sortir « un fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres qui, malgré l'emploi de la curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine sans avoir donné lieu à aucun symptôme » (J. Moses) (4). La curette agit donc en aveugle. Elle est, de plus, dangereuse; en sectionnant la muqueuse saine, elle ouvre des portes à l'infection, a dit J. Veit (5); elle amène des hémorrhagies qu'il est parfois très difficile d'arrêter, J. Moses (6) en a cité un exemple frappant. Enfin, quand on est obligé d'avoir recours à la dilatation, elle n'est pas toujours inoffensive : Schwarz (7) (de Halle) a rapporté deux cas de déchirure considérable du col, l'une d'entre elles s'étendait jusque dans le ligament large.

Grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, les résultats n'ont pas été aussi mauvais qu'on pourrait le croire, cependant on voit qu'avec ces interventions préventives faites pour mettre les femmes à l'abri de la septicémie et d'une hémorrhagie possibles, les pertes de sang abondantes ne sont pas rares; dans une des observations publiées par Moses (8), les cautérisations avec du perchlorure de fer n'ont pas suffi pour arrêter l'hémorrhagie, la malade a eu du collapsus, il a fallu la tamponner. Toutes les femmes n'ont pas échappé à la septicémie; Moses (9) a noté de l'endométrite dans quatre cas et P. Mundé (10) de la cellulite pelvienne; Fehling (11) a observé trois phlegmons pelviens graves, Cosentino (12),

(1) Paul Mundé. *American Journal of Obstetrics*, vol. XVI p. 146, 1883.
(2) Skjelderup. *Tidsskrift for pract. med.*, 1882, p. 213; analysé *in* Jahresbericht, 1883, p. 590.
(3) Doléris. *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1886, p. 328.
(4) J. Moses. *Inaugural Dissertation*, janvier 1884. Observation, 57, p. 28.
(5) J. Veit. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Bd. IV, p. 189, 1879.
(6) J. Moses. *Loco citato*, observation 43, p. 21. Voyez aussi E. Schwarz. *Volkmann's Sammung*, n° 241, p. 1729, 1884.
(7) E. Schwarz. *Loco citato*, p. 1732.
(8) J. Moses. *Loco citato*, observation 43, p. 21.
(9) J. Moses. *Loco citato*, observations 17, 18, 39 et 46.
(10) P. Mundé. *American Journal of obstetrics*, vol. XVI, p. 152, observation 37, 1883.
(11) Fehling. *Archiv für Gynækologie*, Bd. XIII, p. 229, 1878.
(12) Giovanni Cosentino. *Annali di ostetricia*. Anno V, page 286, 1883.

P. Mundé (1), Fehling (2) ont vu des décès survenir malgré le traitement ou même à cause du traitement.

Ainsi donc d'une part, contrairement à l'opinion admise par certains auteurs, la rétention des annexes du fœtus dans l'avortement n'est que rarement le point de départ de complications, si on a recours aux antiseptiques. D'autre part, les diverses méthodes d'intervention qui ont été conseillées et mises en pratique sont les unes insuffisantes, les autres dangereuses. En conséquence, nous ne voyons nullement qu'il soit nécessaire d'intervenir lorsque, l'embryon ayant été expulsé, le placenta reste dans la cavité utérine. On se bornera à faire deux ou trois fois par jour des toilettes et des injections vaginales antiseptiques, et l'arrière-faix sera éliminé spontanément.

Mais s'il survient des complications, des hémorrhagies graves ou des phénomènes de septicémie, soit parce qu'aucune précaution antiseptique n'a été prise, soit parce que des tentatives infructueuses ont été faites pour extraire l'arrière-faix, ce qui favorise beaucoup en général l'apparition des accidents, que convient-il de faire?

Sans vouloir entrer dans les détails relatifs à chaque cas particulier, nous résumerons en quelques mots la conduite à tenir : Contre l'hémorrhagie grave, le tamponnement est le moyen par excellence, le seul qui soit véritablement efficace, et nous parlons du tamponnement pratiqué avec de l'ouate ou de la charpie qui ont été préalablement rendues aseptiques par un séjour dans une solution d'acide phénique, de sublimé, etc.

S'il existe des phénomènes de septicémie au début, des injections vaginales antiseptiques seront pratiquées toutes les deux heures ou toutes les heures. Elles suffisent le plus souvent et les accidents cessent bientôt complètement.

Si, lorsqu'on est appelé, les symptômes d'infection sont plus graves, ou si les accidents ne cèdent pas rapidement aux injections vaginales sérieusement faites, on doit recourir aux injections antiseptiques intra-utérines : on emploiera la solution du sublimé à 1 pour 2.000 ou pour 3.000, la solution d'acide phénique à 2 ou 3 pour 100, etc.

Il faut, en pratiquant ces lavages intra-utérins, veiller à ce qu'aucun obstacle ne s'oppose à la sortie du liquide de l'injection : cette sortie est parfaitement assurée avec la sonde à canal en forme de fer à cheval. En agissant de la sorte, on rend probablement aseptique la cavité utérine, et on obtient assez rapidement ce résultat, car les lochies cessent d'être fétides et la fièvre tombe. On ne doit pas négliger le traitement général, et on insistera en particulier sur l'emploi du sulfate de quinine.

Cette méthode, mise en pratique à la Maternité par M. Tarnier, et que nous avons suivie à la Charité, a donné les résultats que nous avons rapportés plus haut. Il nous semble difficile d'en obtenir de meilleurs (3).

Il ne faut pas s'y méprendre, ce n'est pas à l'expectation pure et simple que nous avons recours. La méthode ancienne de l'expectation, qui était bonne, est devenue de nos jours excellente, grâce à l'antisepsie vaginale et à l'antisepsie intra-utérine. Le traitement de l'avorte-

(1) P. Mundé. *Loco citato*, observation 50, p. 152.
(2) Fehling. *Loco citato*, p. 229.
(3) Pendant que nous étions absent, MM. Maygrier, Bar et Champetier de Ribes, accoucheurs des hôpitaux, anciens internes de la Maternité, nous ont successivement remplacé; ils ont eu recours à la même méthode, c'est ce qui nous a permis de rassembler tous les cas d'avortement soignés à la Charité et d'en tirer des conclusions.

© BIU Santé

ment a ainsi bénéficié des différents progrès qui ont été successivement réalisés.

Ajoutons que cette méthode — expectation et antisepsie — peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et par toutes les sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage.

CLINIQUE MÉDICALE

De la température dans les accès isolés d'épilepsie;

par **BOURNEVILLE.**

En 1870, dans notre thèse inaugurale (1), nous avons cité quelques observations thermométriques montrant que les *accès isolés d'épilepsie* déterminaient une légère élévation de la température centrale. Deux ans plus tard, dans nos *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, nous rapportions de nouveaux faits, confirmant les premiers. Ces faits, pour la plupart, avaient été recueillis à la Salpêtrière dans le service de notre maître, M. Charcot. Depuis cette époque, nous avons pu bien des fois, soit à la Salpêtrière, dans les services de MM. Charcot et Delasiauve, soit à Bicêtre dans notre service, vérifier l'exactitude de la règle posée par nous, à savoir que l'*accès d'épilepsie augmente la température* et, à l'occasion, dans les observations publiées par nos élèves et par nous, nous avons cité d'autres exemples. Nous n'avions pas cru indispensable de revenir spécialement sur un fait qui nous semblait démontré et que M. Charcot avait d'ailleurs rendu classique par son enseignement. Nous nous étions trompé, paraît-il, car aujourd'hui, un auteur allemand, M. Witkowski conteste l'exactitude de la règle que nous avions posée.

« Il y a longtemps, écrit-il, que j'ai reconnu que cette assertion est erronée. Comparées aux mensurations thermiques, extrêmement nombreuses que, depuis des années, j'ai recueillies sans interruption, les recherches de la Salpêtrière fort clairsemées d'après les indications mêmes de Bourneville, ne sauraient entrer en ligne de compte, et l'on doit rattacher à des conditions exceptionnelles ceux des résultats qui pouvaient passer pour positifs, si tant est qu'on soit autorisé à donner ce nom à des formules représentant bien moins la règle, la généralité des cas que l'on devait être tenté de le conclure des argumentations de Bourneville. Or, non seulement chaque accès pris individuellement n'exerce généralement aucune action sur la température du corps du patient, mais les séries d'accès répétés, dont cependant les effets devraient s'additionner, peuvent évoluer sans déterminer de fièvre, surtout lorsque leur chiffre n'est pas élevé et que le trouble de la connaissance n'est ni profond ni prolongé (2) ».

Les faits seuls, rigoureusement observés, peuvent trancher la question et montrer qui, de M. Witkowski et de nous, est dans la vérité. En conséquence, nous allons étudier successivement la *température dans les accès isolés d'épilepsie*, puis durant et après les petites séries. Cette tâche accomplie, nous examinerons les singulières assertions de l'auteur relativement à l'*état de mal épileptique* et nous ferons voir qu'il s'est donné beaucoup de peine pour découvrir des faits bien connus de tous les médecins un peu au courant de la littérature médicale, en ce qui concerne les maladies du système nerveux.

NUMÉROS.	NOMS.	TEMPÉRATURES RECTALES PRISES au moment de la période de stertor.	un quart d'heure après l'accès.	deux heures après l'accès.
1	Cheval...	38°,»	37°,8	37°,5
2	Perroch...	37°,5	37°,»	36°,7
3	Courch...	38°,4	38°,»	37°,8
4	Cont...	38°,5	38°,1	37°,6
5	Vele...	39°,»	38°,7	38°,»
6	Gauth...	38°,»	37°,9	37°,6
7	Lechê...	37°,7	»	37°,4
8	Barat...	37°,6	»	37°,2
9	Lyd...	36°,9	»	36°,8
10	Vass...	37°,9	37°,6	37°,8
11	Ketter...	37°,2	»	37°,»
12	Néz...	37°,1	37°,1	37°,»
13	Lid...	38°,»	38°,1	37°,9
14	Hardencou...	38°,2	38°,»	37°,8
15	Briqu...	37°,2	»	37°,»
16	Nivar...	37°,3	37°,1	37°,»
17	Cantrel...	38°,4	37°,9	37°,4
18	Fourni...	37°,»	36°,8	36°,8
19	Pizie...	37°,2	»	36°,7
20	Brouk...	37°,8	37°,2	37°,»
21	Taes...	38°,»	37°,2	37°,»
22	Mori...	38°,»	37°,7	37°,3
23	Coq...	37°,6	37°,6	37°,2
24	Auberg...	39°,»	38°,7	37°,7 (1)
25	Legran...	37°,9	37°,5	37°,5
26	Corsi...	37°,3	» (2)	37°,2
27	Mon...	38°,1	38°,»	37°,6
28	Simonn...	37°,6	37°,1	37°,1
29	Maugi...	38°,6	38°,»	37°,6
30	Lucro...	37°,8	37°,1	37°,»

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Mal de Pott dorso-lombaire. — Abcès par congestion. Sonde à demeure; Injections d'éther iodoformé. - Séquestres. — Mort (3);

Par **MM. DEMARS** et **DEMOULIN**, internes des hôpitaux.

Le nommé Jean C...., âgé de 27 ans, entre le 30 avril 1886, salle Michon, service de M. le professeur VERNEUIL, pour un mal de Pott dorso-lombaire.

On ne trouve aucun antécédent tuberculeux dans ses ascendants. La mère est morte de variole, le père est encore vivant, quatre frères et sœurs sont bien portants. Le malade avait le rude métier de chauffeur, il se nourrissait mal; mais on ne peut pas mettre ces faits en cause, car la maladie a débuté à l'âge de 14 ans, alors qu'il ne travaillait pas encore.

A l'âge de 14 ans, début des douleurs au niveau des reins, pas de tumeur, pas de trouble dans les membres inférieurs: on le soigne pendant quinze mois par les révulsifs et l'immobilisation. Deux ans après (il avait alors 16 ans), on voit apparaître une gibbosité dorso-lombaire qui a augmenté petit à petit; à ce moment, elle formait un angle peu prononcé ou plutôt une véritable incurvation. Pas d'autre trouble. La gibbosité est restée stationnaire jusqu'en 1880; puis, depuis ce moment, c'est-à-dire il y a cinq ans et demi, elle a augmenté progressivement et assez rapidement. Depuis 1880, le malade a été obligé de cesser son métier. Les abcès par congestion ne se sont montrés que très tard, celui du dos il y a deux

(1) *Etudes de thermométrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques maladies de l'encéphale*. Paris, 1870.

(2) Witkowski (L.). — *De la fièvre épileptique et de quelques autres questions cliniques concernant l'épilepsie*. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, nos 43 et 44, octobre 1886.)

(1) Le malade a eu un accès *très violent*.

(2) Cette température n'a pu être prise à cause de l'agitation du malade.

(3) Communication à la *Société anatomique*, séance du 25 juin 1886.

© BIU Santé

mois (février 1886), celui de la gaine du psoas il y a un mois (mars 1886).

A son entrée à l'hôpital, le malade est amaigri, blême, a un mauvais état général; la colonne vertébrale présente une incurvation très marquée à l'union de la 2e et de la 3e vertèbres lombaires; douleurs à la pression à ce niveau; là on trouve un abcès fluctuant, de la grosseur d'une grosse orange, siégeant à droite de la colonne lombaire; par la pression, on fait difficilement refluer le liquide à l'intérieur de l'abdomen; œdème environnant, rougeur de la peau; pas de fistule. Le reste de la colonne vertébrale est sain. De plus, à la racine de la cuisse on trouve une énorme collection du volume d'une tête d'adulte, se prolongeant dans la fosse iliaque droite et faisant saillir à ce niveau la paroi abdominale; le pus est contenu dans la gaine du muscle psoas. Pas d'ouverture extérieure. Peau légèrement rouge. Du côté gauche, tumeur très volumineuse dans la fosse iliaque ne dépassant pas l'arcade crurale. Les deux abcès ne semblent pas communiquer. Pas de troubles ni de la sensibilité ni de la motilité du côté des membres inférieurs. — A l'auscultation, on ne trouve pas de lésion tuberculeuse pulmonaire. Cœur sain. Urines normales.

20 *avril*. M. Verchère, chef de clinique, fait dans l'abcès de la racine de la cuisse droite une ponction avec l'aiguille n° 3 de l'appareil Dieulafoy. L'aiguille doit être enfoncée très profondément; quelques gouttes de pus sont à grand peine extraites, contenant des grumeaux qui empêchent l'abcès de se vider. L'occlusion est faite avec collodion et baudruche.

Le même jour, une autre ponction donnant le même résultat incomplet est faite dans l'abcès de la région dorsale. Dans celle-ci, malgré l'absence d'évacuation, on fait injecter trois seringues de Pravaz pleines d'éther iodoformé. Occlusion avec baudruche et collodion.

Les jours suivants, aucun phénomène ne résulte des deux ponctions. L'abcès du dos reste sonore pendant quelques jours.

Le 30 *avril*, nouvelle ponction avec un trocart à hydrocèle au niveau de l'abcès du dos. Le pus grumeleux ne peut sortir par la canule. La peau, à ce moment, est amincie, rouge violacé et l'ouverture spontanée est prête à se faire. Après avoir retiré la canule, par l'orifice qu'elle laisse à la peau, on peut, par une pression légère, faire sortir une très notable quantité de pus caséeux; l'abcès se vide presque complètement; au moyen de la seringue de Pravaz, on injecte dans la cavité de l'abcès, directement par l'orifice de ponction, à peu près 15 grammes d'éther iodoformé à 10 0/0. La poche se distend immédiatement. L'occlusion est faite avec le collodion.

En recherchant du côté des fosses iliaques, on ne trouve en aucun point de sonorité; il est donc impossible de savoir si les trois collections purulentes communiquent les unes avec les autres.

Quelques jours après, l'orifice de ponction s'ouvre spontanément sans ulcération de la peau et l'abcès se vide complètement.

Au commencement de juin, les parois étaient complètement ramollies; du reste, nous verrons plus loin dans quel état étaient les parois.

Dans les premiers jours de mai (10 *mai*), la température monte notablement; le malade, chaque soir, présente un mouvement fébrile très accentué; la température oscille entre 38 et 39°,5. Amaigrissement, perte d'appétit.

Le 13 *mai*, on injecte 30 grammes d'éther iodoformé (5 0/0) dans l'abcès iliaque du côté droit. Pas de douleur.

Les jours suivants, le malade est pris de diarrhée persistante; il va à la selle huit à dix fois par jour. Malgré l'opium, cette diarrhée semble aller en augmentant, et épuise le malade. La température monte chaque soir à 39°,5, parfois 40.

Le 19 *mai*, M. Verneuil pense à évacuer le pus; ponction avec gros trocart, dont la canule admet une sonde en caoutchouc rouge n° 25. A la canule du trocart, on substitue la sonde de caoutchouc, garnie à son extrémité d'un cordon en baudruche, selon la méthode de Reybard, pour empêcher l'entrée de l'air dans la cavité de l'abcès. Par la sonde enfoncée profondément jusque dans la fosse iliaque, on fait une série de lavages avec de l'eau phéniquée, puis lorsque ceux-ci sont à peu près limpides, on fait une injection d'éther iodoformé, 60 grammes.

Dès le surlendemain, *la diarrhée cesse et la température descend brusquement à 37°. Les élévations vespérales disparaissent.* — On injecte, le 21 mai, 30 grammes d'éther iodoformé par la sonde. Il sort un liquide épais, purulent, jaunâtre, visqueux. Dans l'urine, on trouve de l'iodoforme en abondance, qui donne avec l'acide nitrique et le chloroforme une belle coloration rouge.

Le 24 *mai*, on injecte 50 gr. d'éther iodoformé et on répète le 1er et le 4 juin, une injection de 30 gr. Il n'y a guère d'amélioration de l'état local. Le pus coule en assez grande quantité par la sonde, sans odeur. L'état général s'aggrave Le malade refuse toute nourriture, malgré tous les moyens employés pour la lui faire accepter. La suppuration ne tarit pas, et le malade meurt, absolument cachectisé, le 22 *juin* 1886; il n'a jamais présenté aucun phénomène morbide du côté des membres inférieurs.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort, à l'ouverture de la poitrine, les poumons présentent une particularité intéressante; en effet, ils sont ratatinés, ne remplissent même pas la moitié de la cavité thoracique. Au sommet droit, adhérence indiquant une ancienne pleurésie du sommet. Pas de liquide dans les plèvres. A la coupe, on voit quelques *noyaux tuberculeux en voie de ramollissement aux deux sommets*. Le cœur est petit, ratatiné, comme lavé. Rien dans le cerveau ni dans les méninges. Le foie est extrêmement *gras*, augmenté de volume. La rate et les reins sont normaux.

La colonne lombaire forme une coudure presque à angle droit : le sommet de l'angle est au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, le corps de la vertèbre est détruit, mais à la partie postérieure on trouve encore une lame osseuse qui empêche toute communication avec le trou vertébral, et qui l'isole de la moelle lombaire; cette caverne est remplie de pus et on y trouve quantité de petits séquestres libres dans l'excavation vertébrale; fait intéressant, qui fait comprendre pourquoi l'éther iodoformé n'a pas pu faire cesser la suppuration et guérir la lésion.

De chaque côté de la lésion vertébrale, naissent deux longues cavités purulentes, descendant de chaque côté du ventre et occupant toute la place occupée normalement par les muscles psoas. Ces muscles sont détruits dans toute leur étendue. L'abcès du côté gauche s'arrête au niveau de l'arcade crurale. L'iliaque est détruit et l'abcès est borné en haut par le fascia iliaca très épaissi du côté droit. L'abcès descend jusqu'au niveau du petit trochanter, et là, pénètre dans l'épaisseur de la cuisse, venant faire saillie surtout au niveau de la région interne du membre.

En examinant la cavité osseuse formée par la destruction des vertèbres, on trouve, dans la partie la plus reculée, un orifice dans lequel on fait pénétrer une sonde cannelée; celle-ci se dirige directement en arrière, et, par un très petit pertuis, on soulève la peau qui formait paroi à l'abcès du dos. Celui-ci a disparu totalement. La paroi est tout entière recollée, et la peau semble former opercule au niveau du point où vient s'ouvrir le canal qui conduit à la cavité osseuse.

Les parois des abcès iliaques sont tapissées d'une mince couche d'iodoforme dont les cristaux se détachent difficilement au moyen du lavage du trajet. La moelle est saine, elle semble un peu refoulée; les nerfs de la queue de cheval ne semblent pas comprimés; du reste, le trou vertébral est légèrement diminué de calibre. L'aorte abdominale est rétrécie à partir de la déviation rachidienne.

Réflexions. — Cette autopsie offre de l'importance, non pas au point de vue du mal de Pott, mais au point de vue du traitement des abcès par l'éther iodoformé; en effet,

© BIU Santé

dans ce cas, la cavité de l'abcès contenait un nombre considérable de séquestres, et ce n'est qu'en enlevant ces séquestres qu'on pouvait espérer la guérison; par conséquent, dans ces cas, l'éther iodoformé n'y peut rien. Néanmoins, il est permis de dire que, même dans les cas desespérés et incurables, on peut obtenir encore de bons résultats de la méthode. L'abcès du dos, qui était dans toutes ses parties accessibles au médicament, était guéri complètement, au moment de la mort, sans avoir donné lieu, pendant tout son traitement, à aucun phénomène grave. L'influence de l'iodoforme sur l'état général n'est pas moins remarquable. Il fut permis d'espérer pendant quelques jours que les phénomènes graves, diarrhée, lésions pulmonaires, appareil fébrile, allaient disparaître sous l'influence de l'iodoforme. Dès le lendemain de l'injection d'iodoforme en quantité suffisante, tous ces phénomènes graves s'amendaient, et cette amélioration était manifestement due à l'intervention. Malheureusement, des lésions graves anciennes existaient du côté du foie; la transformation graisseuse presque totale de la glande hépatique que l'on a constatée à l'autopsie, explique la terminaison fatale. Le malade est mort de faim. Doit-on compter ce fait au nombre des insuccès à attribuer à la méthode des injections d'éther iodoformé. Au point de vue absolu, cela est évident; mais il faut considérer le cas auquel on avait affaire et les résultats qu'auraient pu donner les autres traitements dirigés contre des abcès semblables, si tant est qu'on ait essayé d'en instituer un. L'abcès du dos était guéri, les abcès considérables des fosses iliaques ouverts, drainés, lavés, iodoformés, n'ont donné lieu à aucun phénomène de septicité, aucune mauvaise odeur, aucun phénomène inflammatoire; avec quelle autre méthode eût-on pu ainsi désinfecter des cavités aussi vastes, aussi anfractueuses? Avec aucun, cela est certain. Le malade est mort, cela est vrai; mais il a succombé à ces lésions incurables, contre lesquelles aucune médication ne peut agir efficacement, mais il n'est pas mort du fait de ses abcès, traités et ouverts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU PANTHÉON. — *Institut pour le traitement de la phthisie pulmonaire. Prix proposé pour* 1887 : La Société médicale du Panthéon, d'après les expériences microbicides qui ont été faites devant elle, aussi bien que d'après les observations cliniques qui lui ont été présentées, *estime que la guérison de la phthisie pulmonaire peut être obtenue par les inhalations* balsamiques, calmantes, cicatrisantes et microbicides faites convenablement; mais, afin d'arriver à une certitude absolue, elle propose comme sujet de prix à décerner en 1887 la question suivante : Démontrer expérimentalement que les microbes ou bacilles de la phthisie pulmonaire sont détruits, tués, incapables de vivre et de reproduire. 1° Dans les essences hydrocarburées et les substances médicamenteuses ci-après désignées; 2° Dans l'air atmosphérique saturé de ces mêmes substances à la température de 37 degrés, c'est-à-dire à la température du corps humain; 3° Dans le tissu du poumon imprégné de ces mêmes substances : 1° Térébenthine de Venise; — 2° Essences de térébenthine; — 3° de Citron; — 4° de Menthe; — 5° d'Anis; — 6° d'Eucalyptus; — 7° Goudron de Norwège; — 8° Coaltar; — 9° Benzine; — 10° Pétrole; — 11° Acide phénique; — 12° Thymol; — 13° Créosote; — 14° Pyridine; — 15° Terpine; — 16° Iodoforme; — 17° Iode; — 18° Éther; — 19° Chloroforme; — 20° Teintures d'Iode; — 21° de Benjoin; — 22° de Tolu; — 23° Baume du Commandeur; — 24° Alcool camphré; — 25° Soufre et préparations sulfureuses ou toute autre substance qui aurait été employée en inhalations avec succès. *Ce prix sera de la valeur de* 1,000 *francs.* — *N. B.* Les mémoires écrits lisiblement en français, ainsi que toutes les communications relatives à la phthisie, devront être adressés *franco* avant le 31 octobre 1887, soit au siège de la Société médicale du Panthéon, soit au secrétaire général, M. le Dr Sandras, rue Rambuteau, 24, à Paris.

A PROPOS DE LA LOI ORGANIQUE MILITAIRE. — La commission de la Chambre des députés vient, à propos de la loi organique militaire, de décider l'assimilation des internes des hôpitaux nommés au concours aux docteurs en médecine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le 59e Congrès des naturalistes et médecins allemands en 1886 à Berlin.

Le Cinquante-neuvième Congrès des Naturalistes et Médecins allemands qui a eu lieu au mois de septembre dernier (du 18 au 21) à Berlin a été cette année si brillant que nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs sur l'importance scientifique, toujours croissante, de cette assemblée pour les pays de langue allemande. Un très intéressant article du professeur Leudet (de Rouen) (1) nous apprend qu'en 1822, année de sa fondation par Oken, le nombre des participants à ce Congrès était de 13 seulement et qu'en 1886 il a atteint le chiffre extraordinaire de 5,651 personnes. On ne peut lui comparer le Congrès français de chirurgie (en effet, ce dernier n'a que deux ans d'existence), ni même l'Association française pour l'avancement des Sciences qui est pourtant son analogue en France, car sous le nom de naturalistes on désigne, de l'autre côté du Rhin, tous les savants qui s'occupent de physique, chimie, mathématiques aussi bien que de sciences naturelles. Un point curieux à signaler, c'est que, pour être dit *Assistant* à ce Congrès, il faut avoir publié au moins quelques mémoires scientifiques en dehors de sa thèse inaugurale; les autres personnes qui peuvent venir aux séances sont désignées sous le nom de *Participants*. Ce sont ou des médecins n'ayant jamais fait de travaux originaux ou des personnes qui s'intéressent aux progrès des sciences. Signalons enfin que 1,496 dames assistaient à ce Congrès. Les pays limitrophes de l'Allemagne et parlant sa langue étaient bien représentés, surtout l'Autriche; il y avait aussi quelques belges. Deux savants français seulement se trouvaient, dit M. Leudet, à Berlin à cette époque : M. Alglave, le professeur bien connu de la Faculté de droit de Paris, l'ancien directeur de la *Revue scientifique*, et M. Leudet lui-même, hôte de l'illustre Virchow, premier président de l'assemblée.

Comme l'Association française pour l'avancement des Sciences, le Congrès comprend des séances générales où sont faites, par des savants en renom, des Conférences sur un point d'actualité de leurs études favorites, et des séances de section, ces dernières étant très nombreuses. Il y a 30 sections ordinairement; quelques-unes paraissent à peine justifiées, entre autres l'entomologie qui pourrait rentrer dans la zoologie sans le moindre inconvénient. En outre, des visites sont faites aux établissements scientifiques et industriels de la ville où siège le Congrès. Mentionnons encore, ce qui ne se fait pas en France, à savoir des démonstrations publiques dans les instituts spéciaux de physique, chimie, hygiène, etc. Comme toujours, en pareille occasion, des fêtes sont organisées en l'honneur des membres du Congrès et on n'épargne ni sa peine ni son argent pour recevoir dignement cette élite de la nation. A Berlin, cette année, les fêtes ont été multiples et superbes. Le volume sur Berlin qui a été remis aux membres du Congrès et que nous avons parcouru nous-même est l'idéal du genre. On trouve là tous les renseignements

(1) *Normandie médicale*, 1er nov. 1886.

© BIU Santé

désirables sur cette ville, surtout au point de vue scientifique, sur ses hôpitaux, ses asiles, ses égouts, l'Université, ses diverses écoles, etc. Une innovation que nous ne devons pas laisser passer inaperçue en raison de son vif intérêt a eu le plus grand succès. A l'occasion de cette 59e réunion des naturalistes allemands, une exposition d'instruments et d'appareils de toutes sortes (on y voyait surtout les plus récemment fabriqués et les plus utiles à connaître au point de vue des recherches scientifiques) avait été organisée à l'Académie des sciences et des arts. Tout y était représenté : nécessaires photographiques, installations diverses pour microscopie, outillages des instituts d'anatomie pathologique, etc.

A la séance d'ouverture, Virchow, premier président, après avoir retracé brièvement l'histoire du Congrès, a insisté sur l'union intime des sciences naturelles et de la médecine, comme s'il était encore nécessaire de justifier la *raison sociale* de l'Assemblée (qu'on nous passe cette expression un peu commerciale); puis M. Werne Siemens est venu à son tour appuyer cette idée en faisant un long discours sur le *Siècle des sciences naturelles*. Des autres conférences générales, nous ne signalerons que celles qui ont trait aux sciences médicales et biologiques ; citons celle de von Bergmann (de Berlin) sur les *Rapports de la chirurgie avec la médecine*, celle de Cohn (de Breslau) sur l'*Origine, la nature, le développement de la vie*, celle de Bardeleben (d'Iéna) sur la *Comparaison de la main et du pied*, de His (de Leipzig) sur le *Développement de la station zoologique de Naples et le besoin croissant d'établissements scientifiques centraux*. Ces conférences, dit M. Leudet, méritent d'être connues (et nous pouvons ajouter doivent être lues dans les journaux du pays), car elles reflètent les idées scientifiques actuelles et surtout les idées spéciales aux savants allemands.

Les communications faites aux sections spéciales ont été nombreuses, surtout en ce qui concerne la gynécologie(1). « Elles doivent être toutes orales, sont recueillies par le secrétaire et publiées le lendemain même, dans un journal, avec la discussion ayant suivi chaque communication ; 15 minutes sont accordées à l'exposant, 10 minutes à chaque argumentateur (2). » Nos lecteurs ont pu parcourir quelques-unes des plus intéressantes que nous avons publiées en temps et lieu.

Un de nos correspondants d'Allemagne, un homme de haute valeur et bien au courant de ces questions, nous écrivait récemment (3) que *ce Congrès des naturalistes et médecins allemands* était en partie la cause du grand développement scientifique et médical de l'Allemagne moderne ; rien n'est plus utile en effet. Il n'a pas été à son début seulement une institution scientifique ; il a en outre permis de grouper, dès 1822, en un seul faisceau, tous les hommes de science en Allemagne ; ceux-ci, isolés primitivement, vivaient chacun chez eux et restaient ignorés quelquefois du reste du monde savant, malgré le renom de l'université où ils passaient leur existence. Ces Congrès « voyageurs » comme on les appelle là-bas, ont en France aussi, depuis quelques années, une véritable influence sur le maintien du niveau scientifique en province, et quoi qu'en pense l'ennemi juré de ces « foires scientifiques » elles n'en stimulent pas moins les praticiens, trop éloignés du grand centre des études pour participer aux travaux des Sociétés scientifiques ordinaires. Marcel BAUDOUIN.

(1) Une d'elles, que nous avons traduite pour la *Revue scientifique* (voir numéro du 20 novembre 1886) est très curieuse et intitulée : *Un cas jusqu'à présent unique de Polymastie*.

(2) Voir ce que nous disions de l'utilité des discussions dans les Congrès à propos du *Congrès français de chirurgie* ; *Progrès médical*, n° 44.

(3) Voir *Numéro des Etudiants*. *Prog. médical*, n° 45, p. 973.

Hôpital de la Charité : Clinique chirurgicale. — Ouverture du cours de M. le Pr Trélat.

Le mercredi 17 novembre, M. le Pr TRÉLAT a fait la leçon d'ouverture de son cours de clinique chirurgicale dans l'amphithéâtre de la clinique de la Charité.

Dans cette leçon très intéressante, le professeur a exposé à ses auditeurs les résultats de sa pratique opératoire pendant l'année scolaire 1885-86. Cette année-là, la mortalité dans son service a été de 6,09 0/0 ; en effet, il a eu 17 morts sur 279 opérés. L'année précédente, au contraire, la proportion de la mortalité n'était que de 1,9 0/0, même pas 2 0/0. Comment donc expliquer cette recrudescence de décès, puisque depuis 5 à 6 ans il y avait dans son service une progression descendante très nette, partie de 16 0/0 et tombée à peine à 2 0/0 ? M. Trélat trouve deux causes à cette mortalité exagérée : 1° Pendant les vacances de 1885, il a été remplacé par M. Segond, lequel a reçu dans ses salles un nombre très considérable de malades, de sorte qu'à sa rentrée il a trouvé 26 brancards dans son service, autrement dit 26 lits de plus qu'il ne faudrait ; à cet encombrement évident sont dus, pour lui, 3 cas de mort, l'un par érysipèle, survenu lors d'une plaie insignifiante, l'autre par suite d'un phlegmon diffus ; le dernier enfin (ceci est plus intéressant) est un cas de pourriture d'hôpital qui se développa chez un malade atteint de fracture compliquée. 2° Il pense aussi qu'il s'est trop facilement laissé aller à pratiquer des opérations chez des sujets tarés, affaiblis, chez des tuberculeux à foyers morbides étendus (on sait la gravité des opérations chez ces malades). 3° Il faut tenir compte, d'autre part, des cas malheureux, tel que gastrostomie pour cancer du cardia (mort par hémorrhagie stomacale), des opérations très graves (épithélioma lingual chez un cardiaque, décès dû à une syncope). Cependant il fait de grosses opérations, amputations et résections, sans terminaison fatale. Il conclut de cela : *a*) Veiller avec une férocité jalouse à tout ce qui peut augmenter dans un service les causes de sepsie (encombrement, etc.). *b*) Serrer plus que jamais et de plus en plus près le diagnostic des indications opératoires dans les cas difficiles.

M. Trélat donne ensuite son avis sur ce que doit être l'enseignement de la clinique chirurgicale : pour lui, la clinique c'est tout ce qu'on peut tirer du malade. Quand on a à faire le diagnostic d'une affection d'une région, ne pas la différencier de toutes les autres affections de l'organe atteint, pour avoir à faire des éliminations trop faciles. Ordinairement, on n'hésite guère qu'entre deux ou trois alternatives. Reste à déterminer le mode d'intervention ; c'est là le plus difficile : l'habileté opératoire n'est rien auprès de la prudence, de la sagesse des déterminations opératoires. On doit encore envisager le résultat final ; les jeunes n'y songent pas assez. Le professeur termine par la comparaison de la clinique et des sciences exactes. Actuellement, il faut bien l'admettre, la clinique est impossible à faire complétement sans l'appui de ces sciences. Quand il y a lutte entre l'une d'elles (chimie, phy-

© BIU Santé

siologie), c'est que l'une est dans l'erreur. En résumé, plus de clinique possible désormais sans sciences accessoires ni laboratoires. Il ajoute encore qu'il croit devoir recommander aux élèves de suivre plusieurs maitres (n'est-ce pas faire l'éloge des spécialités honnêtement comprises ?) ; tel connaît mieux les causes d'une maladie, tel est plus expert en accouchements, tel autre meilleur syphiligraphe : « Le meilleur moyen d'user des maitres, dit-il, c'est *de les étreindre, de s'asseoir dessus*..... autrement dit, c'est de les contraindre à vous inculquer tout ce qu'ils ont d'acquis en théorie et en pratique. » Asseyons-nous donc dessus, étreignons-les donc ; mais ne les embrassons pas trop. D'ailleurs, qui trop embrasse mal étreint.

Hôpital Saint-Louis : Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Ouverture du cours de M. le Pr Fournier.

M. le Pr Fournier a ouvert son cours le vendredi 19 novembre, devant un auditoire très nombreux. Il s'est occupé d'un cas qui se présente assez fréquemment dans la pratique et qui embarrasse souvent les jeunes médecins. Une nourrice en allaitant un enfant syphilitique contracte la maladie vénérienne. Pendant la période d'incubation, cette femme se place dans une deuxième famille pour donner le sein à un enfant jusqu'alors indemne. Bientôt un chancre se développe sur le mamelon de la nourrice et l'enfant, à son tour, contracte la syphilis. Dans ce cas, le médecin devra-t-il conseiller le renvoi de la nourrice ? Non, car celle-ci, en se traitant, permettra à l'enfant d'absorber la médication spécifique. Au reste, en agissant autrement, l'on n'aurait plus le choix qu'entre le biberon ou l'allaitement animal (chèvre, anesse). — M. Fournier continuera ses leçons, tous les vendredis, dans l'amphithéâtre de la Faculté, et, les mardis, au lit du malade.

Faculté de médecine : Conférences d'obstétrique. — Ouverture du cours de M. Budin.

Jeudi dernier, 25 novembre, M. Budin a commencé ses conférences d'obstétrique, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Une assistance nombreuse a salué, par de sympathiques applaudissements, la reprise de ces leçons.

C'est un cours essentiellement pratique que se propose de faire M. Budin, et, s'il est annoncé sous la dénomination modeste de conférences, nous pouvons affirmer d'avance que ce changement d'étiquette, regrettable à divers points de vue, ne portera nul préjudice aux étudiants. Cette année, malheureusement, le nombre des leçons sera plus restreint que par le passé ; les conférences ne doivent occuper qu'un semestre, et l'heure à laquelle elles débutent cet hiver, est, on le voit, déjà avancée. Nous avons jadis insisté, pour ce qui est de l'obstétrique en particulier, sur l'importante amélioration qu'avait apporté la Faculté à cet enseignement, modification dont le but est de permettre aux élèves de parcourir, dans le laps d'une année, le champ tout entier de l'art des accouchements. Dans le semestre d'été prochain, le professeur Tarnier se propose de terminer le cycle de son cours, commencé en 1884, par l'étude de l'avortement, de la grossesse extra-utérine et de la dystocie. Le programme des conférences complémentaires de M. Budin comportera donc la grossesse normale, l'accouchement naturel et les opérations obstétricales.

C'est assez dire qu'en présence d'une tâche aussi étendue qu'il lui faudra mener à bonne fin en quatre mois, le professeur ne pourra exposer par le menu les controverses et questions théoriques ayant trait à son programme, quelque intérêt que leur apportent les progrès de chaque jour de la science obstétricale. Son but est de former les élèves à la pratique des accouchements et les résultats que leurs ainés ont tirés de son enseignement, tant privé qu'officiel, sont aux étudiants un garant suffisant qu'ils tireront de ces conférences grand profit pour apprendre vite et bien. Sa méthode, qu'on a déjà pu apprécier dès cette première leçon consacrée à l'étude des signes de la grossesse, consiste à étayer d'exemples tirés de la pratique l'exposé concis des lois et faits de l'obstétrique ; une telle façon d'enseigner a le triple avantage de fixer la mémoire, de tenir l'attention en éveil et, mieux encore, de doubler l'enseignement dogmatique d'une véritable instruction clinique, celle qu'il importe avant tout au futur praticien d'acquérir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 novembre 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. de Freycinet, Président du Conseil des Ministres, fait part à l'Académie de la mort de M. Paul Bert.

M. le Président prononce les paroles suivantes : « L'Académie connaît déjà le nouveau deuil qui l'afflige ; je « n'ai donc pas la douloureuse mission de vous l'annoncer. « Il me reste cependant un devoir à remplir ; votre Président doit être l'interprète de vos regrets. M. Paul Bert « est mort au Tonkin, dans l'exercice de ses importantes « fonctions, sur un champ de bataille dont il n'ignorait « pas les dangers. Vous ne pouvez avoir oublié la tristesse « émue de ses adieux ; il semblait qu'il eut le pressentiment du sort qui l'attendait dans ces contrées lointaines. « Quelque intérêt que pût offrir la mission délicate confiée « à notre confrère, nous aurions peut-être le droit de nous « plaindre que la Politique soit venue disputer à la Physiologie ces heures, déjà comptées, qui appartenaient à « d'autres devoirs. La Science, de sa nature, est jalouse ; « elle n'admet guère les affections partagées. J'ai la confiance, Messieurs, de répondre à votre pensée, de parler « avec votre assentiment le plus complet, quand j'affirme « que les remarquables travaux de M. Paul Bert auraient « amplement suffi à préserver et à honorer sa mémoire. « Nul n'en pourra douter, après avoir entendu la voix « autorisée de notre éminent secrétaire perpétuel, M. Vulpian, à qui je m'empresse de laisser la parole. »

M. Vulpian retrace à grands traits la vie scientifique de Paul Bert. Puis il termine par ces paroles : « M. Bert était « doué d'une des intelligences les plus ouvertes qui se « puissent rencontrer, et sa prodigieuse facilité de travail « lui permettait de mener de front plusieurs tâches. La « plupart de ses recherches ont été entreprises et menées « à bonnes fins pendant qu'il paraissait se livrer tout entier à des labeurs d'un autre genre. Que ne pouvions-« nous donc attendre encore de son infatigable activité ? « Au milieu des difficultés contre lesquelles il avait à lutter en Extrême-Orient, il se proposait d'organiser et de « diriger une expédition scientifique qui eût rapporté en « France de précieuses collections. Notre confrère est mort « pour la Patrie. Quelle fin glorieuse ! Mais, pour l'Aca-« démie et pour la Science, quel lamentable événement ! »

Sur la proposition de M. le Président, adoptée par l'Académie, la séance est levée en signe de deuil, après la lecture du procès-verbal.

M. A. Piltan étudie la *physiologie de la respiration chez les chanteurs*. La qualité de la voix est inhérente au type expiratoire. Celui-ci présente deux formes : 1° Le diaphragme peut rester immobile ou se relever en subissant, par l'intermédiaire des viscères, le mouvement de contraction des muscles abdominaux ; — 2° agir comme inspirateur.

M. Balbiani indique les résultats de *ses études bactériologiques sur les Arthropodes*. On sait que les bactériens ont été divisés en *parasites* et en *saprophytes*, sui-

© BIU Santé

vant que leur évolution s'accomplit tout entière dans un organisme vivant ou dans le milieu extérieur. M. Balbiani a recherché si les saprophytes, qui ne trouvent pas chez les animaux à sang chaud les conditions favorables à leur développement, ne rencontreraient pas celles-ci chez les animaux à sang froid, les Invertébrés en particulier, et ne deviendraient pas ainsi, pour ces derniers, des agents pathogènes, tandis qu'ils restent inoffensifs pour les premiers. L'expérience a justifié cette manière de voir : les Insectes, inoculés avec des bacilles saprophytes, ont présenté les symptômes connus de la *flacherie* des vers à soie : mollesse et flaccidité du corps, prompte altération des tissus et des liquides, fétidité prononcée, etc.

M. E. Rivière fait la description de la faune des *Oiseaux* trouvés dans les grottes de Menton.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 novembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Déjerine remet une note de M. Darchevitsch (de Moscou) sur l'*existence d'un centre spécial pour les mouvements de l'iris.*

M. Ch. Féré communique une observation de *paraplégie hystérique consécutive à un rêve de course prolongée.* Il pense que ce fait doit conduire à reconnaître qu'il existe des paralysies psychiques dans lesquelles la suggestion n'entre pour rien et qui peuvent s'expliquer plus naturellement par l'épuisement nerveux qu'il a déjà invoqué pour rendre compte d'un certain nombre de paralysies traumatiques. Le traitement a consisté principalement en mouvements passifs et la guérison a été complète. — M. Féré rappelle, à ce propos, qu'il répète les expériences rapportées à la société sur la disparition de l'amblyopie hystérique par les excitations colorées et que, depuis près de quatre mois, deux de ses malades ont conservé la vision du violet. — Falret, Brierre de Boismont, Faure, Lasègue, etc., et M. Féré lui-même (1) ont déjà fait remarquer le rôle que joue le rêve dans l'évolution de quelques délires. Ce rôle est surtout facile à constater chez les hystériques. Mais le rêve peut déterminer non seulement des troubles psychiques, mais encore des troubles moteurs et sensitifs; il mérite donc, surtout lorsqu'il se répète, de fixer l'attention du clinicien.

M. Dumontpallier estime qu'on pourrait interpréter ces phénomènes à l'aide de l'auto-suggestion.

M. Ch. Féré répond qu'il ne faut pas faire intervenir l'auto-suggestion lorsqu'on se trouve en présence de phénomènes physiologiques dont l'action est beaucoup plus réelle que ne saurait l'être leur représentation mentale. Les tracés que Mosso a obtenus dans des cas analogues ne sauraient laisser aucun doute à ce sujet.

M. Ch. Richet établit qu'en se plaçant au point de vue psychologique on se trouverait en présence, dans ces cas, d'un phénomène d'idéation et non d'un phénomène de suggestion.

M. M. Duval remet une note de M. Laulanié sur le processus vaso-formatif qui préside à l'évolution du placenta maternel du cobaye.

M. Chabry donne la description du procédé qu'il a employé au laboratoire de Concarneau pour l'étude de la formation des monstres spécialement chez les ascidies.

M. R. Dubois a continué ses recherches sur la production de la lumière par les Myriapodes en particulier. Il a découvert aux environs d'Heidelberg une espèce de ces animaux, le *Scolioplanes crassipès*, fort intéressante pour cette étude. Ces myriapodes laissent après eux des taches lumineuses formées par les détritus venus de leur tube digestif. Ces excréments se présentent sous forme de trois fines granulations enveloppées ou mieux constituées par une matière visqueuse. Les cellules de l'intestin renferment ces granulations qui jouissent d'une réfraction toute particulière suffisante pour expliquer jusqu'à un certain point la production des rayons lumineux observés. Ces granulations n'ont aucune analogie avec le phosphore, elles ne dégagent pas de gaz et ne s'éteignent pas lorsqu'elle s sont traitées par l'essence de térébenthine. En résumé, l'origine de cette fonction si spéciale suggérait dans l'intestin. C'est la troisième observation que l'on rapporte du pouvoir lumineux du *scolioplanes crassipes*. M. Huet (de Caen) en a communiqué une quatrième à l'auteur qui remet une note de M. Huet à la société.

M. Peyroux montre les dangers qu'il y a d'introduire dans le rectum des animaux une trop grande quantité d'hydrogène carboné.

M. Gréhant insiste sur ces dangers, étant donné surtout qu'on a une certaine tendance aujourd'hui à employer ces insufflations dans le traitement de certaines maladies des voies respiratoires.

M. Balzer a expérimenté la méthode employée par Scarenzio dans le traitement de la syphilis. On sait que cette méthode consiste dans des injections sous-cutanées de calomel tenu en suspension dans la glycérine à la dose de 0 gr. 10 cent. de substance pour 10 gr. de véhicule. L'auteur a substitué à la glycérine qui est difficilement supportée par les tissus, l'*huile de vaseline*, produit essentiellement neutre, qui ne jouit pas des mêmes propriétés irritantes. Ce traitement est très efficace dans les cas de syphilis grave.

Gilles de la Tourette.

(1) *La médecine d'imagination* (*Progrès médical*, 1886, n° 37)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 novembre 1886.— Présidence de M. Trélat.

M. Budin lit une note relative à la *rétention du placenta après l'avortement* (1).

Suite de la discussion sur le vinage.

M. Le Fort, dans une précédente séance, s'est efforcé de démontrer l'innocuité du vinage modéré avec l'alcool de vin, et de réclamer la proscription des alcools industriels. Aujourd'hui, M. Le Fort, vient combattre la proscription du vinage que la Commission veut remplacer par le sucrage. S'inspirant des communications de MM. Riche, Vallin, Dujardin-Beaumetz, il estime que le vinage, dans la proportion de 2 à 3 0/0 d'alcool, ne saurait être regardé comme nuisible, si l'alcool est absolument pur. Il n'en est plus de même lorsque le vinage, tel qu'on le pratique trop souvent aujourd'hui, a pour effet de suralcooliser les vins; c'est alors une véritable falsification nuisible à la santé publique, et le danger devient plus grand encore lorsque l'alcool ajouté au vin est insuffisamment rectifié.

M. Brouardel, dont l'autorité est considérable toutes les fois qu'il s'agit d'une question d'hygiène publique, étudie successivement les arguments présentés par MM. Riche et Gallard. — Y a-t-il lieu de permettre aux alcools d'industrie d'entrer dans la consommation ? Au point de vue de la santé publique, l'alcool d'industrie, bien rectifié, présente moins d'inconvénient que l'alcool de vin. L'alcool qui sert au vinage provient de source étrangère, d'Allemagne surtout, et est impur. Le vinage se pratique également en France par l'alcool fourni par les bouilleurs de cru, en dehors de tout contrôle; enfin, il se fait à l'aide des alcools fabriqués par les distillateurs agricoles. Or, les bouilleurs de cru et les industries agricoles versent dans le commerce des alcools impurs. En conséquence, si le vinage est autorisé à un degré quelconque, il sera pratiqué avec des alcools de qualité inférieure. — M. Brouardel aborde un second argument, la progression croissante de l'alcoolisme. Outre la source officielle, le vineur puise son alcool à trois autres principales et qui échappent à la surveillance. Ainsi, dès maintenant, chaque consommateur introduit par an, inconsciemment, dans son économie, plus de 3 litres d'alcool ajoutés à son vin. Tout le monde n'est pas égal devant l'alcool. Avant 1870, l'alcoolisme était à peu près inconnu chez ceux qui ne buvaient que du vin ; il n'en est plus de même aujourd'hui, parce que le vin que nous buvons n'est plus le vin que l'on connaissait autrefois. Ce liquide, alcoolisé, ne présente-t-il pas, d'ailleurs, toutes les qualités requises par M. Riche, pour mener à l'alcoolisme ?

(1) Voir cette communication *in extenso* p. 1027.

© BIU Santé

Ce que demandent les partisans du vinage, c'est de pouvoir placer leurs vins, au point de vue de leur vente, sur un pied d'égalité avec les vins étrangers, c'est-à-dire de les porter à 15°,9 d'alcool. Nous n'aurions plus alors dans la consommation courante que des vins alcoolisés, puis dédoublés. Quel est l'effet de l'addition de l'alcool dans le vin? Quel est celui de l'addition de l'eau? Le vin est un aliment, par les sels qu'il contient. Lorsqu'on ajoute brusquement à un vin 5 à 6 degrés d'alcool, il se trouble, la matière colorante se précipite ainsi qu'une partie de l'extrait, du tannin, du tartre.. Si on n'ajoute que 2 ou 3 degrés d'alcool, au premier moment, l'apparence du vin reste bonne ; mais, après quelques mois, l'analyse démontre que progressivement l'extrait et l'acidité diminuent, que ses propriétés nutritives baissent. Pour qu'un vin soit bon, il faut que les principes qui le constituent, l'eau, le sucre, les sels, le tannin... existent dans des proportions harmoniques. M. Brouardel désire que l'Académie condamne le vinage et le mouillage. L'usage de ces vins alcoolisés, dédoublés, mouillés, engendre de graves inconvénients, car ils fermentent facilement, d'où la fréquence des dyspepsies depuis un certain nombre d'années. Pour toutes ces raisons, M. Brouardel espère que l'Académie votera la première conclusion proposée par sa Commission. En l'adoptant, l'Académie sait qu'elle n'aura pas fait cesser les ravages de l'alcoolisme en France, les plus sages conseils ne peuvent rien sur l'alcoolique volontaire. Mais l'Académie doit signaler à l'attention des pouvoirs publics cet alcoolisme inconscient, clandestin, qui existe déjà et constituerait un véritable danger pour les populations, si on autorisait le vinage dans les conditions proposées. En dévoilant le péril, l'Académie aura fait son devoir.

M. Tillaux présente au nom de M. le Dr Debacker (de Roubaix) un *compresseur fixe de l'utérus*. Ce compresseur diffère essentiellement de toutes les ceintures hypogastriques connues. C'est un excellent *anticorset*, c'est-à-dire qu'il relève tous les organes que le corset abaisse. Le compresseur du Dr Debacker a pour effet de donner une immobilité presque complète à l'utérus, condition indispensable pour tout organe. Il est d'une application très facile, convient surtout dans les cas d'antéversion et de distension des ligaments. Des expériences de plusieurs années permettent à l'auteur de ne plus douter de l'utilité de cet instrument ; des essais ont été renouvelés à la Maternité, à l'Hôtel-Dieu, sous les yeux de M. le Pr Tarnier, du Dr Gallard, qui ont trouvé l'appareil de M. Debacker très ingénieusement combiné.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 juin 1886. — Présidence de M. Cornil.

21. **Pyélo-néphrite calculeuse. — Cystite douloureuse. — Cystotomie** ; par M. S. G. Clado, interne des hôpitaux.

La nommée Lag..... Marie, âgée de 31 ans, était soignée depuis environ un an dans le service de M. le professeur Guyon, salle Sainte-Cécile, n° 9. Depuis cinq ans elle était atteinte de coliques néphrétiques qui, depuis deux ans, devenues plus fréquentes, se répétaient à peu près tous les huit jours. Le 5 décembre 1885, on pratique la cystotomie qui procura à la patiente un grand soulagement. Mais les symptômes rénaux s'aggravèrent. Pendant les dernières semaines de sa vie, on constata dans le flanc droit la présence d'une tumeur de forme allongée ; la malade succomba dans le collapsus le 14 juin 1886. L'autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort, c'est-à-dire le 15 juin 1886.

Autopsie. — Les *poumons* sont très congestionnés et œdématiés, et à la coupe il s'en écoule une certaine quantité d'un liquide séro-sanguinolent spumeux, à bulles fines. Les *plèvres* ne présentent rien de particulier. Le *cœur* est flasque, le myocarde offre des traces de dégénérescence graisseuse. On note la présence de végétations sur les bords de la valvule mitrale. Le *péricarde* est sain ; rien du côté des artères.

Cavité abdominale. Le *foie* présente à l'œil nu les caractères de la dégénérescence amyloïde que l'on vérifie d'ailleurs par l'épreuve de la teinture d'iode. La *rate* offre des lésions analogues, son volume est exagéré, sa consistance est dure. *Tube intestinal* sain.

Rein droit. Cet organe est énorme, son diamètre longitudinal mesure 22 centimètres, son diamètre transversal 14 centimètres. Il est entouré d'une épaisse couche graisseuse qui d'ailleurs est comprise dans les mensurations précédentes. Sur une section comprenant cette couche et le rein, l'organe paraît entouré et débordé de toute part par le tissu adipeux, adhérent à la capsule qui elle-même adhère tellement au parenchyme rénal qu'il est presque impossible de décortiquer l'organe. Dépouillé de son enveloppe graisseuse, le rein ne mesure plus que 18 cent. verticalement et 12 transversalement. Le reste est constitué par le tissu graisseux. La consistance de cette graisse est très ferme, malgré la température élevée en ce moment, elle se laisse déchirer avec difficulté, ce qui tient à ce qu'il entre dans sa constitution une quantité relativement considérable de tissu fibreux. Le parenchyme lui-même présente un certain nombre de cavités contenant un liquide puriforme, d'odeur infecte. De ces abcès, les uns présentent des parois tomenteuses, les autres, au contraire, des parois lisses et tapissées d'une véritable pseudo-membrane. Le parenchyme glandulaire n'existe pour ainsi dire plus dans les intervalles de ces cavités purulentes. Çà et là dans leur intérieur, on trouve des calculs très petits et un peu de gravier. Le rein adhère en haut au foie et en arrière à la paroi abdominale. En essayant de le décoller, on déchire des adhérences et il s'écoule par la solution de continuité ainsi produite, une certaine quantité de pus mal lié. Il existe en effet, derrière le rein, une cavité purulente qui communique avec une des cavités purulentes que nous avons signalées dans le rein. Le feuillet antérieur du transverse est détruit et le pus infiltre le carré des lombes ainsi que le psoas, sans cependant fuser sous la peau. Il n'existait d'ailleurs du vivant de la malade aucun signe de phlegmon *rétro-néphrétique*. L'uretère de ce côté (droit), présente le volume de l'index. Cet épaississement s'est fait aux dépens des parois. Sa cavité est à peine visible. Toute sa muqueuse, ainsi que celle des calices et du bassinet présente un aspect très noirâtre et est tapissée au niveau des calices de fausses-membranes d'un blanc jaunâtre. L'uretère est entouré d'une couche graisseuse qui triple son volume, et il est ainsi plus volumineux que les deux pouces réunis ; comme celui qui entoure le rein, ce tissu est consistant et adhérent.

Rein gauche. Son diamètre vertical est de 18 cent., son diamètre transversal de 7 cent. Son parenchyme ne présente pas d'abcès, mais des lésions de néphrite mixte. Il est pâle, décoloré, de consistance assez ferme. La capsule fibreuse est épaissie ; il y a très peu de graisse à la surface. L'uretère de ce côté offre le volume du petit doigt. Vu intérieurement, il contient du pus et présente un aspect rouge sombre. Le bassinet et les calices sont aussi manifestement enflammés et dilatés ; mais la suppuration n'a pas envahi le rein. On trouve dans l'uretère trois petits calculs et de la boue dans le bassinet. Les orifices vésicaux des uretères sont perméables.

Vessie. Elle se présente sous l'aspect d'une masse solide, cachée derrière la symphyse pubienne qu'elle déborde latéralement. Le péritoine qui la recouvre est sain. Les organes pelviens sont retirés par le procédé ordinaire qui consiste à fendre la symphyse et à retirer ainsi tout le paquet viscéral à la fois. Le *rectum* sectionné sur la ligne médiane est sain.

Vagin. On le fend sur la ligne médiane, en arrière ; après l'avoir étalé, on note des ulcérations dont les unes siègent sur les deux parois et les autres sur les petites lèvres et la vulve. Toutes présentent à peu près les mêmes caractères. Sur des élévations nodulaires formées de tissu très dur, il existe des ulcérations irrégulières entamant à peine le tissu sous-jacent. Leur couleur est livide, presque noire ; quelques-unes sont revêtues de fausses membranes d'un blanc grisâtre. On observe vers le milieu de la paroi vaginale la fente antéro-postérieure qui résulte de l'opération de la

© BIU Santé

cystotomie vaginale. Ses bords sont garnis de fausses-membranes blanchâtres. Après arrachement des fausses-membranes, on voit les deux muqueuses en contact, il n'y a aucun décollement du tissu dépendant du vagin et de la vessie.

Examen de la vessie. — A l'ouverture de la vessie on est frappé: 1° De l'épaisseur des parois ; 2° de la réduction de sa cavité.

L'épaisseur des parois est en moyenne de 4 centimètres. En certains points, elle dépasse cette mesure. Elle résulte de l'hypertrophie du muscle vésical. A la face externe, la couche musculaire est doublée d'une enveloppe graisseuse qui augmente encore l'épaisseur de la paroi. Le tissu conjonctif inter-fasciculaire doit être également hypertrophié, car la consistance de la paroi est très supérieure à la normale. La cavité vésicale a la forme d'une fente antéro-postérieure. Lorsqu'on fend la vessie sur la ligne médiane, la cavité prend une forme triangulaire, son diamètre vertical mesure 4 centimètres et le transverse 3 seulement, ce qui revient à dire que la cavité vésicale a une longueur de 3 centimètres. La fente opératoire siège sur le milieu de la paroi inférieure. De chaque côté du bord qui représente la base de la cavité triangulaire, on trouve les orifices des uretères qui, nous l'avons déjà dit, sont perméables. La muqueuse est tapissée de fausses-membranes, analogues à celles qui existent dans le vagin, plus abondantes au niveau de la ligne d'opération et très adhérentes au tissu sous-jacent. Nulle part sur la muqueuse nous n'avons trouvé d'ulcération.

L'urèthre est perméable et ne présente aucune érosion.

Réflexions. — Ce qui frappe dans la relation de cette autopsie, c'est d'une part la couche graisseuse énorme et dure qui entoure tout l'appareil urinaire malade, couche qui prédomine du côté droit, qui est le plus affecté, et d'autre part la réduction de la cavité vésicale coïncidant avec une hypertrophie considérable de ses parois. Malgré l'amaigrissement extrême de la malade pendant les dernières semaines de sa vie, nous voyons l'appareil rénal entouré d'une atmosphère graisseuse surabondante. Ce fait se rencontre souvent dans les affections des voies urinaires ; d'ailleurs, on trouve cette surcharge graisseuse dans un grand nombre de maladies à évolution lente, et notamment dans certaines inflammations chroniques et dans certains néoplasmes.

Deux causes réunies ont amené la réduction de la cavité vésicale : 1° L'hypertrophie de la couche musculaire de l'organe ; 2° la présence de la fente cysto-vaginale.

L'hypertrophie de la paroi résulte de la contraction incessante du muscle, irrité par l'inflammation de la muqueuse vésicale. Il est certain que la présence de la fente opératoire a contribué de son côté à cette réduction, en permettant à la vessie de se vider constamment ; mais ce n'est pas la seule cause de cette diminution de capacité, puisqu'on voit des malades cystotomisées présenter une cavité vésicale assez spacieuse qui se laisse dilater par l'arrivée de l'urine. Dans ces cas, les malades urinent à la fois et par la fistule et par l'urèthre.

En résumé, pour nous, la cystite serait la cause principale de l'exiguïté de la cavité vésicale.

Séance du 25 juin 1886. — Présidence de M. Cornil.

26. Cancer de la plèvre et du péricarde ; par M. Roustan, interne provisoire des hôpitaux.

Le nommé de Carb..... Pierre, âgé de 75 ans, ex-visiteur de l'Assistance Publique, entre, le 7 avril 1886, dans le service de M. Barié, à l'hôpital Broussais, salle Delpech, lit n° 14. Ce malade, d'une constitution robuste, n'ayant aucune tare héréditaire, fut pris, l'année dernière, au mois de juin, d'une pleurésie gauche, qui débuta insidieusement, traîna en longueur et nécessita une prompte thoracentèse. Deux litres d'un liquide séro-fibrineux furent tirés de la plèvre. Bientôt après, nouvelle reproduction de l'épanchement, suivie d'une autre ponction. La résorption du liquide se fit lentement. A dater de ce jour, le malade perdit les forces, se plaignant parfois de douleurs vives dans la région dorsale. Lors de son entrée dans le service, pour une arthrite sèche de la hanche, il était aisé de constater tous les symptômes d'une pleurésie gauche, assez abondante. Matité remontant au niveau de la clavicule, pointe du cœur déplacée, battant à l'épigastre au niveau du bord droit du sternum. A la palpation, les vibrations thoraciques, bien que très affaiblies, étaient cependant perceptibles dans les 2/3 supérieurs du poumon. A l'auscultation, absence totale du murmure vésiculaire ; pas de souffle, ni d'égophonie ; 27 respirations par minute. Les bruits du cœur étaient sourds, voilés, mais réguliers, avec un frottement péricardique très net à la pointe. Ce que voyant, étant donné l'âge du malade et le siège de la pleurésie, la ponction fut pratiquée. Elle donna issue à 2 litres d'un liquide rouge. Le diagnostic de pleurésie cancéreuse fut aussitôt émis, bien que le malade ne présentât aucune trace de carcinome dans aucun viscère. Cette opinion fut confirmée par la présence, dans le creux axillaire et la région susclaviculaire, de ganglions volumineux. Le malade avait la voix enrouée. A la suite de la ponction, un soulagement très marqué apparut. Il n'y eut pas de réaction fébrile, à proprement parler, jusqu'au 7 mai, époque où l'on cessa de prendre la température. Néanmoins le malade continua de s'affaiblir, maigrit rapidement ; bref, le 27 mai la température remontait ; le 28, elle atteignait 38° ; le pouls marquait 96 pulsations. Le lendemain, la matité n'occupait plus que la moitié inférieure de l'espace antérieurement envahi. Le murmure vésiculaire devint légèrement perceptible vers la partie moyenne ; l'oppression était moindre. Le mieux alla s'accentuant les jours qui suivirent. Le 4 juin, on entendait à la pointe du cœur un bruit rappelant le bruit de cuir neuf. Bientôt l'oppression reparaissait ; le malade allait s'affaiblissant à vue d'œil. Les jambes enflèrent, les parois thoraciques elles-mêmes devinrent œdémateuses ; bref, à cause de l'extrême oppression du malade, une nouvelle ponction fut pratiquée le 21 juin. 1800 grammes de liquide furent retirés de la plèvre. Le liquide était en tout semblable au précédent. Le malade mourut quelques heures après, dans un accès de suffocation.

A l'autopsie, ce qui frappe surtout, c'est la déviation notable du cœur, dont la pointe bat au niveau de l'épigastre, à droite du sternum. Le cœur est ainsi refoulé, maintenu qu'il est par la plèvre médiastine très épaissie, et déviée par le liquide de la plèvre. Entre le poumon gauche et la plèvre médiastine, d'une part, et la paroi thoracique, de l'autre, il existe une vaste loge capable de renfermer 3 ou 4 litres de liquide. La loge est délimitée par une sorte de coque fibreuse de plusieurs centimètres d'épaisseur, surtout au niveau de la plèvre médiastine. Nulle trace de végétations cancéreuses ; la surface de la plèvre présente, çà et là, de petits orifices rosés, desquels on voyait sourdre du sang par la pression. Ces petits orifices, de la largeur d'un grain de millet, sont circonscrits par des sortes d'anneaux fibreux ; çà et là, en des points très limités, on voit la substance pulmonaire faire hernie ; ailleurs, la surface pleurale présente une teinte nacrée par place, jaune rougeâtre et terne dans d'autres. Sa surface est résistante. A la coupe, la plèvre, dont le tissu crie sous le scalpel, présente l'aspect lardacé caractéristique du carcinome. Nulle part, on n'aperçoit de trace d'envahissement du parenchyme. Le poumon, réduit à un moignon de la grosseur d'une tête de fœtus, ne crépite plus ; il est atelectasié. Le cœur a un volume normal. La cavité du péricarde contient environ 60 grammes d'un liquide rougeâtre. Sur le péricarde viscéral, il existe un grand nombre de petits mamelons grisâtres, de la grosseur d'une lentille ou d'une tête d'épingle. Quelques-uns s'enlèvent par le grattage, d'autres sont adhérents. Ces mamelons occupent le sillon coronaire antérieur, la partie antérieure de l'aorte et de l'artère pulmonaire, la pointe du cœur. Au niveau du bord droit et de la pointe, les deux feuillets sont adhérents. Une plaque d'œdème de la largeur d'une pièce de 2 francs occupe la face antérieure du ventricule droit au niveau de sa partie

© BIU Santé

moyenne. L'aorte est athéromateuse ; les valvules sont suffisantes. Le foie est petit, cirrheux. Les ganglions péritrachéaux et péribronchiques sont infiltrés de cancer ; il en est de même des ganglions situés au niveau du hile du poumon et de la base du péricarde. La substance carcinomateuse revêt l'apparence de noyaux de grosseur différente, faisant saillie par places, ailleurs déprimés au centre en cupule, par suite de la stéatose de certains éléments cellulaires. En raclant l'un de ces noyaux, la lame du scalpel retient un liquide opaque, blanchâtre, miscible à l'eau. Sur une coupe colorée par le carmin, l'examen histologique révèle la forme squirrheuse du carcinome avec sa trame parfaitement accusée, peu vasculaire, peu riche en tissu embryonnaire, avec cellules irrégulières et de formes variables dans l'intérieur des mailles.

Cette pièce semble intéressante à deux points de vue. D'abord, absence complète d'invasion du parenchyme pulmonaire : c'est un carcinome pleural ; d'autre part, c'est un des rares cas signalés dans la science de cancer pleural primitif, puisque les organes étaient indemnes de toute manifestation diathésique. Les végétations de l'endocarde étaient également cancéreuses.

27. Hémorrhagie de l'hémisphère gauche du cervelet. — Contracture des membres supérieur et inférieur gauches. — Déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite ; par M. Reboul, interne à l'hospice d'Ivry.

Observation. — Le 6 juin, à 10 heures du soir, la nommée D..... Louise, âgée de 63 ans, entre à l'infirmerie de médecine de l'hospice d'Ivry, service de M. le Dr Roques, suppléé par M. le Dr Chauffard. Cette malade avait eu une attaque d'apoplexie à 9 heures du soir. Appelé, je constate les phénomènes suivants : La malade est dans un état comateux, ne peut répondre aux questions qui lui sont faites. La respiration est suspirieuse et irrégulière, le pouls est petit et irrégulier, les membres supérieur et inférieur gauches sont contracturés, les membres du côté droit sont dans une résolution complète. Pas de paralysie faciale, mais déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit. La malade meurt le lendemain, 7 juin, à 8 heures.

Autopsie. — Le cœur est graisseux, les valvules aortique et mitrale présentent de nombreuses plaques d'athérome. Congestion des bases des deux poumons ; reins gras, un peu scléroses ; utérus, corps fibreux petits, interstitiels, et sous-muqueux ; méninges congestionnées ; cerveau, pas de lésions appréciables ; cervelet, hémorrhagie ayant détruit tout l'hémisphère gauche. Les artères cérébrales sont fortement athéromateuses.

Réflexions. — Cette observation m'a paru intéressante, à cause des phénomènes présentés pendant la vie : contracture des membres supérieur et inférieur gauches et de la localisation de l'hémorrhagie dans l'hémisphère gauche du cervelet. De plus, la déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit, me paraît difficilement explicable par la localisation de l'hémorrhagie.

28. M. Dagron, à propos de la présentation faite à la dernière séance par M. Widal, met sous les yeux de la société deux *capsules surrénales cancéreuses* recueillies il y a deux jours. Le malade ayant eu des hémoptysies en décembre dernier, était entré dans le service de M. Gombault et vient de mourir de cachexie. Il ne présentait pas trace de pigmentation anormale dans aucune région de la peau ni des muqueuses ; l'emplacement d'un vésicatoire, qui, au début, avait été appliqué dans le dos, n'était pas plus coloré que d'habitude.

A l'autopsie, on trouve un *cancer du poumon* droit au niveau du lobe moyen, dont le centre ramolli forme une caverne. Les deux capsules surrénales sont aussi infiltrées par le néoplasme et contiennent également un foyer de ramollissement. Le plexus solaire, qui paraît sain à l'œil nu, sera examiné microscopiquement. Le cancer du poumon avait été soupçonné, quoique les crachats ne continssent pas d'éléments épithélioïdes, non plus que des fibres élastiques.

29. Cancer de la tête du pancréas généralisé au foie ; par M. R. Garnier, interne des hôpitaux.

Anne Naj..., âgée de 77 ans, est entrée le 23 mai à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, dans le service de M. Roques, suppléé par M. Chauffard. Elle avait eu, trois mois auparavant, des symptômes de colique hépatique, avec ictère passager. A son entrée, on constatait de l'anorexie, des nausées, un léger degré d'ictère ; les selles étaient décolorées. L'ictère s'accentua dans l'espace de huit jours environ, puis resta stationnaire. La malade accusait, dans l'hypochondre droit une douleur vive, spontanément et à la pression. Les vomissements, le plus souvent alimentaires, ne présentaient pas de caractère spécial. Les matières fécales étaient argileuses, non graisseuses à l'œil nu ; mais le microscope y démontra une grande quantité de cristaux d'acides gras qui disparaissaient dans l'éther et le chloroforme. Ce caractère permit à M. Chauffard de faire, pendant la vie, le diagnostic de cancer de la tête du pancréas. Le foie débordait les fausses côtes de trois travers de doigt. A sa surface, la palpation révélait des tumeurs maronnées dont le développement s'effectua rapidement. L'épigastre était le siège d'un empâtement profond. Il n'y eut pas d'ascite. La température oscilla autour de 38 degrés, avec rémissions matinales légères. Dans les trois derniers jours, elle monta le soir à 40 degrés. La malade était dans une sorte de demi-coma ; elle mourut le 24 juin, à 8 heures du matin, après cinq semaines de maladie.

Autopsie. — On est frappé, à l'ouverture du cadavre, de l'épaisseur du pannicule adipeux sous-cutané. L'épiploon est chargé de graisse, ainsi que le cœur. La vésicule biliaire, le pancréas, le duodénum et la partie de l'estomac voisine du pylore sont intimement adhérents. Une portion du côlon transverse adhère au fond de la vésicule. On constate deux taches jaunâtres à la face supérieure du foie, dont une légèrement cupuliforme. Les nodosités senties pendant la vie sont recouvertes par le parenchyme. Les taches jaunes apparaissent plus nombreuses à la face inférieure. Un gros noyau cancéreux forme une sorte de coque au fond de la vésicule biliaire, dont les parois sont épaissies. Celle-ci contient deux calculs muriformes du volume d'une petite noix chacun. Le canal cholédoque est comprimé près de sa terminaison par un noyau cancéreux isolé, indépendant de la glande hépatique et siégeant à la partie postérieure du canal. Il a le volume d'une noisette. La tête du pancréas est augmentée de volume et de consistance. Elle est occupée par un squirrhe. La partie de l'estomac voisine du pylore adhère au bord supérieur de la tumeur pancréatique et présente une petite ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ. La veine porte est saine. L'estomac, non dilaté, contient des caillots sanguins noirâtres. Il y a des noyaux cancéreux dans la rate. Rien dans les autres organes. Un noyau de généralisation du foie, examiné au microscope par M. Chauffard, a présenté la structure caractéristique du carcinome, avec stroma, alvéoles et grandes cellules déformées.

Le cancer n'avait donc pas son siège primitif dans la vésicule biliaire, où ne se rencontre que l'épithéliome à cellules cylindriques. On pourrait enfin discuter la question de savoir si le carcinome avait son point de départ dans l'estomac ; mais la petitesse de l'ulcération, ses limites bien nettes et l'intégrité des tissus voisins paraissent plaider suffisamment contre cette hypothèse.

30. M. Tuffier présente un cas de *double hernie inguinale*. A gauche, elle s'accompagnait d'hydrocèle ; elle semble congénitale et adhère au cordon ; le sac n'a probablement jamais été habité ; c'est une simple persistance d'une partie du canal péritonéo-vaginal. Le testicule est atteint d'épididymite chronique.

A droite, il s'agit d'une hernie compliquée. On trouvait dans l'aine une tumeur molle, fluctuante, du volume d'une tête de fœtus, siégeant au-dessous du ligament de Poupart. Il n'y avait pas de testicule dans les bourses, de ce côté. L'incision montre qu'il y a, sous la peau, une hydrocèle de la tunique vaginale, retenue à l'anneau et conte-

© BIU Santé

nant un testicule atrophié. Au-dessous de cette première tumeur, on trouve une hernie oblique externe du cœcum et du côlon ascendant, dont une partie est sans sac et en rapport avec l'hydrocèle. Or, la portion qui n'a pas de sac c'est le côlon ascendant; le cœcum en a un. Cette particularité a déjà été signalée dans un travail de Trèves, dans le *Brit. Med. Journ.*, de 1885.

31. M. Leudet présente un cas de *dilatation de l'aorte ascendante* chez un homme de 69 ans. Il n'y avait pas eu de symptômes et notamment pas de souffle au cœur ; rien que de la bronchite avec emphysème. Les valvules sigmoïdes, comme l'aorte, sont très athéromateuses et pourtant elles sont à peine insuffisantes. Le foie est cirrhotique, mais les reins sont sains en apparence.

M. Clado pose sa candidature au titre de membre adjoint.

32. Note sur un kyste synovial du poignet ; par M. Tuffier, prosecteur à la Faculté.

Le traitement des kystes synoviaux par l'extirpation tend à devenir la méthode de choix dans les cas où les procédés anciens, écrasement ou injection, ont échoué.

A la région du poignet, les kystes dorsaux sont encore traités par l'écrasement, mais ceux de la face palmaire sont souvent l'objet de tentatives d'extraction à ciel ouvert et c'est la méthode de choix en Allemagne.

J'ai été témoin l'an dernier, dans le service de M. le professeur Guyon, d'une extirpation d'un kyste de cette région. La tumeur attenait de tous côtés à la radiale; l'opération fut extrêmement laborieuse; cependant l'artère fut respectée.

C'est la connaissance de ces faits qui me conduit à vous présenter aujourd'hui la pièce suivante. Je ne puis point donner l'histoire clinique de la maladie qui en est l'objet, car il s'agit ici d'une lésion trouvée à l'amphithéâtre. Voulant faire une ligature de la radiale à la partie inférieure, je remarquai une tumeur occupant exactement la situation de cette artère. Elle est allongée suivant l'axe du vaisseau et faisait une notable saillie au-dessous de la peau, d'ailleurs normale. Elle descend jusqu'à la face antérieure de l'extrémité inférieure du radius et remonte à trois travers de doigt au-dessus. Du volume du pouce à sa partie inférieure, elle est effilée en haut. Toute sa surface est lobulée. Elle est facilement circonscrite, mobile transversalement, surtout dans sa partie effilée ; elle est, au contraire, adhérente aux parties profondes dans son tiers inférieur. L'articulation et les parties environnantes paraissent intactes.

Je dissèque la tumeur et voici ce que je trouve : La peau est lisse et normale ; à sa face profonde, l'aponévrose superficielle est soulevée et la tuméfaction fait hernie à travers quelques-unes de ses fibres, pendant que les autres la brident et l'appliquent sur des plans profonds. De là, son aspect lobulé. Le grand palmaire, sa gaine et le muscle long supinateur sont intacts. Tout l'intérêt de la pièce est dans ses rapports avec l'artère et les veines radiales. La tumeur rosée, tendue, entoure complètement les vaisseaux ; j'injecte l'artère radiale, je la dissèque avec grand soin et je vois que *l'extrémité supérieure* du kyste s'applique sur sa face externe. Le vaisseau est séparé de la tumeur par une mince lame celluleuse qui permet la dissection des deux organes. Mais, plus bas, l'artère est entourée de tous côtés par le néoplasme ; elle adhère intimement à la paroi kystique ; sa tunique externe se confond avec l'enveloppe du kyste, et tout isolement de l'un ou de l'autre est absolument impossible. Les veines radiales ont été dissociées par le néoplasme qui s'infiltre entre les vaisseaux et les unit intimement à ses parois.

La partie inférieure de la tumeur descend jusqu'au niveau du bord inférieur du radius Là, elle se continue au-dessous du carré pronateur avec l'articulation radio-carpienne. L'adhérence entre la synoviale articulaire et la paroi de la tumeur se fait entre les deux faisceaux inférieur et supérieur du ligament antérieur, je n'ai pu voir la communication entre la cavité kystique et la cavité articulaire. Le contenu de la tuméfaction est un liquide gélatineux rappelant comme couleur et comme consistance la gelée de pommes. En somme, il s'agit d'un kyste articulaire qui a cheminé en dehors des muscles et des gaines dans la face antérieure du poignet, jusqu'au niveau de l'artère radiale ; là il a glissé dans la gaine de ce vaisseau et l'a entourée de toutes parts.

On comprend à quelles graves méprises on se serait exposé en voulant enlever un tel kyste ou même en l'écrasant au niveau d'une artère devenue athéromateuse, et je crois que cette constatation anatomique, jointe à la fréquence des sections de l'artère radiale dans l'exérèse de ces tumeurs, doit rendre les chirurgiens circonspects à l'égard de cette méthode.

Séance du 2 juillet 1886. — Présidence de M. Cornil.

1. Fracture ancienne de la rotule. — Ecartement considérable avec flexion parfaite et extension suffisante. — Absence du cal interfragmentaire. — Existence d'un ligament en éventail réunissant le fragment supérieur au bord supérieur de la trochlée fémorale. — Petit fragment osseux situé dans l'épaisseur des parties fibreuses ; l'examen microscopique a montré que ce fragment était détaché de la rotule et non de formation nouvelle ; par M. Gaudinau, interne à l'hôpital de Saint-Denis et M. Chaput, prosecteur à la Faculté.

Le nommé Guilut François, âgé de 37 ans, journalier, est entré à l'hôpital de Saint-Denis, service de M. le Dr Dupuy, le 22 juin 1886, et mort le 26 juin 1886. Cet homme a été reçu à l'hôpital pour des accidents d'hémorrhagie cérébrale auxquels il n'a pas tardé de succomber. Il était porteur d'une fracture de la rotule du côté droit, avec un écartement considérable. La flexion s'exécutait parfaitement, et l'extension était en somme suffisante, puisque cet homme, employé à la gare, passait son temps à faire des commissions et à porter des fardeaux assez lourds, tels qu'un seau d'eau.

Cependant, au dire des gens qui l'ont connu, il boitait légèrement, et projetait le genou avant le pied dans le second temps de la marche.

Cette fracture datait de 10 ans. Deux ans après, il présenta une récidive de sa fracture, peut-être n'était-ce qu'une simple entorse du cal ou des tissus fibreux voisins.

L'*autopsie* du genou a révélé les particularités suivantes : Nous donnerons d'abord les dimensions des fragments et du cal, puis nous reviendrons avec quelques détails sur chacune de ces parties. *Fragment supérieur* : hauteur, 3 cent. ; largeur, 3 cent. 1/2. — *Ecartement* : dans l'extension, 11 cent. ; dans la flexion, 16 cent. — *Fragment inférieur* : hauteur, 2 cent. ; largeur, 3 cent. 1/2. — Distance du fragment inférieur à la tubérosité antérieure du tibia, 2 cent.

Le *fragment supérieur* offrait, dans son ensemble, la forme de la moitié d'une rotule normale. Son bord inférieur était taillé obliquement en biseau aux dépens de sa lèvre antérieure, comme il est commun de l'observer dans toute fracture ancienne. Ce fragment présente une mobilité transversale très considérable, puisque de sa position normale, on peut le porter en dedans ou en dehors de 3 cent. ; le déplacement vertical est aussi très accentué entre les deux points extrêmes supérieur et inférieur de son excursion, nous trouvons 6 cent.

Cal et *parties fibreuses*. — Le cal n'existe pour ainsi dire pas. Aussitôt la peau enlevée on aperçoit une toile celluleuse d'une minceur et d'une transparence si grande qu'elle laisse voir nettement le cartilage articulaire sous-jacent de la trochlée fémorale. Cette membrane est même lisse, souple, et il est clair qu'elle ne peut servir en rien à l'extension. En haut, au lieu de s'insérer sur le fragment lui-même, elle s'attache sur un ligament en éventail qui constitue un des deux points les plus intéressants de cette pièce.

Ligament fémoro-rotulien. — Ce ligament s'insère en haut à toute l'étendue de la lèvre postérieure du fragment supérieur. En bas, il s'insère au bord supérieur de la tro-

© BIU Santé

chlée fémorale dans les 2/3 internes de ce bord. Ce ligament mesure environ 6 cent. de hauteur. Sa partie inférieure est disposée en éventail. Il est plus épais sur la partie moyenne que sur les parties latérales, où il se réunit avec les lames fibreuses latérales de l'articulation du genou. Il résulte d'ailleurs de cette union que la cavité articulaire du genou est entièrement séparée en deux cavités secondaires entièrement closes, l'une inférieure fémoro-tibiale, l'autre supérieure fémoro-rotulienne comprenant aussi les culs-de-sac sous-tricipitaux du genou. Ce ligament est en somme très épais, très résistant, et est de nature à résister à des tractions considérables.

Parties fibreuses latérales. — Sur les côtés des fragments rotuliens les parties fibreuses latérales (expansions latérales du triceps) présentent une épaisseur très considérable. De même pour le tendon du tenseur du fascia lata. Ces parties servent efficacement à effectuer l'extension. Dans l'épaisseur des parties fibreuses externes existe un petit os isolé des fragments, ayant la forme d'un triangle rectangle, dont le grand côté opposé à l'hypothénuse mesure 23 millim. Ses angles sont assez prolongés et pointus.

Le fragment inférieur est comme accolé à la tubérosité antérieure du tibia par la rétraction considérable du tendon rotulien. Sa forme est normale. Son bord supérieur présente la taille en biseau classique (aux dépens de la lèvre antérieure) sa mobilité est faible. Les cartilages articulaires sont normaux, ainsi que les ligaments croisés. La flexion se fait bien. L'extension est possible.

Réflexions. — Cette pièce nous paraît intéressante à divers points de vue. Elle est d'abord une confirmation des études de l'un de nous sur l'anatomie pathologique des fractures de la rotule. En effet, nous avons ici un cal long (de plus de 5 cent.), mince, dépliable, coïncidant avec une flexion absolument parfaite, ce qui est la règle dans ces cas.

Pour ce qui est de l'extension, nous ne saurions dire absolument comment le malade se servait de sa jambe, mais si l'on considère d'une part l'épaisseur des expansions latérales du triceps crural, surtout du côté interne, et, d'autre part, le développement du tendon du tenseur du fascia lata, il devient, par suite, extrêmement rationnel de supposer que l'extension se faisait d'une façon sinon parfaite, du moins suffisante pour la progression. Cette supposition trouve un appui réel dans le fait que la traction sur le tenseur du fascia lata effectue encore l'extension. D'ailleurs, dans l'histoire du malade, il est dit qu'il était employé au chemin de fer et s'occupait à faire des courses et à porter des fardeaux, ce qui n'est évidemment possible qu'avec une extension assez bonne.

Un second point d'une importance considérable, c'est l'existence de ce ligament en éventail qui réunit le bord inférieur du fragment supérieur au bord cartilagineux de la trochlée fémorale. Ce ligament est réuni sur les bords avec les expansions latérales du triceps, et, à sa face antérieure s'insère le cal interfragmentaire mince et fibreux. Il résulte de la disposition de ce ligament que l'articulation du genou se trouve divisée en deux cavités distinctes et ne communiquant pas ensemble, séparées par le ligament que nous avons signalé.

Ce ligament présente dans l'espèce une utilité incontestable, il permet au droit antérieur de la cuisse d'agir sur le fémur qu'il fléchit sur le bassin. Il est, d'ailleurs, assez long pour laisser au fragment supérieur des mouvements étendus en tous sens, surtout dans le sens vertical, ce qui permet la flexion du genou. Nul doute, en effet, que si l'excursion de ce fragment était restreinte, la flexion ne pourrait s'effectuer intégralement. Ce ligament a encore un autre avantage, c'est d'empêcher l'ascension exagérée du fragment supérieur.

L'existence de ce ligament s'explique tout naturellement pour qui connaît l'anatomie pathologique des fractures récentes de la rotule. Dans un travail encore inédit de l'un de nous, il a été constaté que, dans les fractures transversales de la rotule par action musculaire, les fragments entraînaient souvent avec eux des lambeaux du périoste et des membranes fibreuses du genou. Très probablement, un de ces lambeaux se sera rabattu sur le fémur et aura ensuite contracté avec lui des adhérences. L'existence de ces membranes fibreuses a été constatée directement par Mac Ewen dans plusieurs opérations de suture de la rotule pour des fractures récentes. L'existence de ces lambeaux fibreux étant de nature à s'opposer à la réunion osseuse des fragments rotuliens, Mac Ewen part de ce fait pour en faire une nouvelle indication de suture osseuse dans les fractures récentes.

Il existe d'ailleurs, au musée Dupuytren, une pièce analogue à la précédente, n° 207. Le fragment supérieur est comme soudé à la face antérieure du fémur par une lame fibreuse. Les mouvements de ce fragment supérieur étaient supprimés, tant cette lame était courte. (Voir thèse Chaput, 1885.)

Dans le cas précédent on a noté sur l'écriteau de la pièce, absence de consolidation. Ici, nous aurions le droit d'écrire la même chose, tant le cal est mince et transparent, formé qu'il est par des couches conjonctives accidentelles n'ayant aucun rapport avec le processus de réunion des os. Il est bien vraisemblable que cette absence de consolidation reconnaît pour cause la chute dans l'articulation des lambeaux fibreux qui ont constitué le ligament en éventail signalé plus haut.

Relativement au fragment osseux situé au côté interne des tissus fibreux, on pouvait discuter la nature et l'origine de ce fragment. S'agissait-il d'un fragment détaché de la rotule, ou d'un os de nouvelle formation. Sur le conseil de M. le professeur Cornil et grâce à l'obligeance de notre ami Marfan, nous avons pu apporter à la Société anatomique des préparations histologiques de ce fragment osseux. L'examen macroscopique révélait tout d'abord des modifications notables subies par cet os. Il était recouvert en effet dans toute l'étendue de sa face profonde par une lame cartilagineuse altérée, molle et analogue à une membrane fibreuse. La plus grande partie de cette surface était séparée de l'articulation par une mince couche fibro-conjonctive. Le système des travées osseuses, au lieu de présenter une forme régulière et un grand axe perpendiculaire au plan cartilagineux, comme on le rencontre normalement, limitait des aréoles, petites, irrégulières de forme et sans direction déterminée.

Ajoutons que la couche limitante séparant le tissu spongieux du cartilage était très amincie, presque linéaire (au lieu de mesurer un demi-millimètre comme d'habitude) et qu'elle présentait une fine dentelure, grâce à laquelle le cartilage et l'os se compénétraient réciproquement.

Les caractères les plus importants révélés au microscope sont les suivants. Les pièces ont été préparées par usure sur la pierre ponce et montées dans le baume. Le revêtement cartilagineux est nettement formé par du cartilage hyalin. Au voisinage de l'os on rencontre des cellules cartilagineuses sériées dans une direction perpendiculaire au plan de l'os.

Le tissu spongieux ne présente pas de caractères tranchés, sauf que les ostéoplastes paraissent petits, anguleux et dépourvus de prolongements caudiculés, mais ces diverses anomalies peuvent s'expliquer par l'absence de pénétration du baume dans toutes les cavités osseuses.

Entre le tissu spongieux et le cartilage existe une épaisse couche de tissu calcifié où l'on rencontre quelques détails anormaux tels que la disposition en série de capsules cartilagineuses calcifiées qui vont jusqu'au contact du cartilage, et l'existence d'incisures de cette couche calcifiée où l'on voit du tissu conjonctif chargé de graisse arriver jusqu'au contact du cartilage.

Ces différents caractères ont permis à M. Cornil de déclarer qu'il s'agit là d'un fragment détaché de la rotule. Les raisons principales sont : l'existence d'un revêtement cartilagineux hyalin, la disposition sériée des capsules au voisinage de l'os, et l'existence de la couche calcifiée limitante ; disposition qu'on ne rencontre que dans du tissu osseux vrai, et non sur du tissu osseux de nouvelle forma-

© BIU Santé

tion. Le tissu osseux de néoformation se développe d'ordinaire, d'après M. Cornil, par ossification directe dans le tissu conjonctif et n'est pas précédé de cartilage.

Restait à résoudre une dernière difficulté : ce fragment étant très mince ne pouvait provenir que d'une des deux couches superficielles de la rotule, ou, s'il provenait de la couche antérieure, il serait dépourvu de revêtement cartilagineux. Si, au contraire, c'était un fragment détaché de la surface profonde de la rotule, comment admettre qu'il ne serait pas devenu libre dans la cavité articulaire, formant ainsi un corps étranger? M. Bazy nous a fait remarquer qu'on pouvait admettre que le fragment de la face profonde devenu libre avait pu, lors de l'immobilisation prolongée de l'article, contracter des adhérences avec la capsule articulaire. Nous nous rangeons entièrement à cet avis qui concorde d'ailleurs avec les travaux de Poncet, Poulet et Vaillard sur les corps étrangers traumatiques. Les modifications de structure survenues dans le fragment en question, s'expliquent naturellement par les phénomènes d'inflammation qu'ont dû naturellement amener et la fracture et l'arthrite consécutive.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE offre à la Société son ouvrage sur la *cure radicale des hernies*.

M. FARABEUF lit un rapport sur un petit travail de M. PIÉCHAUD (de Bordeaux), intitulé : *Deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue opérés d'une façon spéciale*. Ce procédé opératoire permet d'endormir le malade et de n'ouvrir la bouche que tardivement. On ménage facilement les filets du facial ; cependant le canal de Sténon peut être intéressé. M. Farabeuf insiste surtout sur le manuel opératoire qui permet aussi l'autoplastie immédiate.

M. VERNEUIL ne connaît pas d'épithéliome qui récidive plus facilement que les épithéliomes de la joue. Il pense que, dans cette localisation néoplasique, on doit enlever la joue tout entière au thermocautère sans faire d'autoplastie.

M. PEYROT, après une opération analogue, n'a vu la récidive que 3 ans et demi après l'ablation.

M. VERNEUIL condamne toute tentative cherchant à conserver la joue qu'il croit devoir enlever dans toute son épaisseur.

M. Th. ANGER a opéré un malade atteint de cancroïde de la joue, ayant envahi la muqueuse buccale. Il fit une large ablation, prit un lambeau autoplastique sur le cou. Le malade resta guéri un an, mais alors survint une récidive dans le lambeau.

M. VERNEUIL.— Depuis 34 ans, il a enlevé un grand nombre d'*épithéliomes de la langue*, et a constaté que les résultats opératoires sont moins mauvais si l'on fait d'énormes sacrifices ; mais il faut savoir que la grandeur du sacrifice est variable suivant les cas. Une variété de cancer de la langue, celle qui commence par les parties latérales, au niveau du tiers moyen, s'accompagne d'engorgement ganglionnaire et d'adhérence légère au plancher de la bouche ainsi qu'à la face interne de la mâchoire, doit être attaquée par le procédé suivant qu'il adopte exclusivement désormais : enlever la portion de la mâchoire en connexion avec le néoplasme. En agissant ainsi on opère à ciel ouvert, et c'est un des meilleurs moyens pour prévenir la récidive. D'autre part, l'extirpation du cancer est plus facile, la chloroformisation moins exempte de danger ; on évite la fièvre et obtient des tracés apyrétiques. Il vaut mieux guérir avec un morceau de mâchoire de moins que d'aller dans l'autre monde avec sa mâchoire entière. Ce procédé, avec résection de la mâchoire, a été utilisé par les chirurgiens, antérieurement, mais seulement dans le but de faciliter l'opération, et non pas pour diminuer les chances de récidive.

M. BOUILLY pense que la récidive, dans ces cas, ne se fait pas au point opéré, mais dans les ganglions voisins; la récidive est plus ganglionnaire que locale. Il craint encore beaucoup la récidive même après la résection d'un morceau de la mâchoire.

M. M. SÉE. — La mâchoire n'est pas saine s'il y a adhérence; chaque fois qu'il y a adhérence d'une tumeur à un os, l'os est envahi au moins superficiellement. Donc, M. Verneuil enlève un morceau de mâchoire malade dans les cas qu'il opère ainsi.

M. POLAILLON a vu un malade opéré d'un cancer de la langue qui a présenté une récidive dans le maxillaire droit.

M. VERNEUIL répond à M. Sée que l'os n'est pas malade et qu'il a pu s'en assurer par la dissection. Quand l'os est envahi, la question n'est pas discutable, il faut l'enlever.

M. M. SÉE fait ressortir les *avantages de la suture enchevillée* sur la suture à points coupés. Elle permet d'adosser mieux les surfaces et détermine moins de plissements ; cette suture faite au catgut présente quelques légers inconvénients ; il les évite en utilisant des *plaques à taquets* au lieu des rouleaux de gaze iodoformée ; ces plaques permettent de serrer plus ou moins le fil d'argent employé, de le retirer plus facilement.

La Société se réunit en comité secret. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. CAMPARDON rapporte l'observation d'un malade chez lequel une iritis syphilitique serait survenue pendant le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Le début de l'infection remonterait probablement à cinq ans.

MM. LABBÉE, DUJARDIN-BEAUMETZ et CADET DE GASSICOURT insistent sur la difficulté qu'il y a parfois en présence d'un accident syphilitique à remonter à la date précise de l'accident primitif.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur l'*alimentation dans les fièvres et en particulier dans la fièvre typhoïde*. Après avoir traité des troubles de nutrition dans cette dernière affection, il conclut que l'alimentation doit être à la fois aqueuse, saline, tonique et peu riche en matières albuminoïdes. L'eau favorise l'élimination par les reins des nombreux déchets ; l'introduction des sels de soude et de potasse par la limonade, en particulier, ou le bouillon répare les pertes considérables qui se font dans ce sens. Enfin, les chylifères étant pris, on conçoit que les substances albuminoïdes soient difficilement absorbées. On doit donc recommander la pratique de Monneret qui donnait à ses malades jusqu'à 6 litres de liquide par jour sous forme de lait, bouillon, limonade, sans oublier le vin ou l'alcool qui est un tonique indispensable.

M. BLACHEZ dit que le lait est un aliment complet et que, si les chylifères ne fonctionnent plus, il est inutile de donner ce liquide aux fébricitants ; d'autre part, le bouillon est-il bien suffisant pour soutenir les forces.

M. CATILLON rappelle que les qualités nutritives du bouillon sont nulles ; des chiens alimentés exclusivement avec du bouillon meurent au bout de 29 jours, avec de l'eau au bout de 28 jours, les différences ne sont pas appréciables.

M. BUCQUOY insiste sur l'émaciation brusque de la convalescence : peut-être l'autophagisme est-il suspendu en même temps que les chylifères ne fonctionnent plus ?

M. LABBÉE demande à M. Dujardin-Beaumetz s'il croit que 6 litres de liquide ne soient pas trop considérables et ne soient pas susceptibles de favoriser la congestion rénale.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense que 3 à 4 litres de liquide sont suffisants.

MM. CADET DE GASSICOURT et BUCQUOY insistent sur l'inutilité du lait si les chylifères n'absorbent plus. Il faudrait peser comparativement les malades nourris exclusivement et séparément avec du bouillon et du lait.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que M. Bouchard donne de l'eau à la place du lait à ses typhoïsants. N'existe-t-il pas également là certains troubles de nutrition analogues à ceux qu'on observe chez les hystériques ?

M. CRÉQUY rappelle que, chez les enfants atteints de diarrhée, on retrouve dans les selles des caillots de lait non digéré que l'on n'observe pas dans la fièvre typhoïde.

M. BOISMONT lit une note sur l'*antifébrine*, substance quatre fois plus active que l'antipyrine.

© BIU Santé

Séance du 20 octobre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit son rapport annuel sur les travaux de la Société.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a expérimenté l'antifébrine, qui a une action se rapprochant assez de celle de l'acide phénique. Elle détermine de la cyanose lorsqu'on en donne une dose supérieure à 50 centigrammes La température s'abaisse, mais d'une façon irrégulière. Les effets de ce médicament sont donc des plus inconstants. A la dose de 1 gr. 50, cette substance tue un lapin pesant 1 kil. 500 gr.

M. C. PAUL demande si le produit connu sous le nom d'antifébrine est toujours identique à lui-même. — M. BOISMONT répond qu'on l'obtient toujours à l'aide de la même réaction chimique. — M. CADET DE GASSICOURT prédit à l'antifébrine le même sort qu'à l'acide phénique employé comme antiseptique, opinion à laquelle se range M. Dujardin-Beaumetz.

GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

II. Un voyage à travers quelques établissements scientifiques de la France et de l'étranger ; par A. BOUCHARD, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Brochure in-8, de 44 pages. — Bordeaux, Feret et fils, 1885.

III. Eloge de Lasègue : par A. RITTI. Brochure in-8, de 51 pages. — Paris, Doin, 1885.

IV. Au Tonkin ; par CHALLAN DE BELLEVAL, médecin principal. Brochure in-18, de 107 pages.—Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1886.

V. Histoire de la médecine ; par BARBILLION, in-18, de 140 pages. (Collection historique universelle). — Paris, Dupret, 1886.

II. M. Bouchard a visité les établissements universitaires de Paris, Nancy, Strasbourg, Genève et Lyon. Il a été amené par la force des choses à déplorer la défectueuse installation de la nouvelle Ecole pratique de Paris, cet Hôtel-Dieu d'un nouveau genre, sans chercher d'ailleurs à qui incombaient les responsabilités dans la construction de ce cul-de-basse-fosse. Strasbourg, par contre, a emporté ses suffrages, de même que Lyon et Genève. C'est un nouveau plaidoyer, s'il en eût été besoin, contre l'ingérence dans la construction des monuments spéciaux de personnages qui ne songent qu'au bâtiment, sans s'inquiéter le moins du monde de sa destination. Au lieu de mettre au concours la construction de l'Ecole pratique de Paris, de juger de cette façon si les candidats étaient au courant des détails techniques de ce genre d'édifices, on a, pour arriver au résultat constaté par M. Bouchard, entassé des pierres de taille pour des millions, sous le titre de *réparations*. La première fois qu'il faudra construire et non plus réparer, tout le budget de l'Ecole y passera, sans plus de bénéfice pour la science que de souci du progrès.

III. Un éloge se prête mal à l'analyse. L'apprécier, c'est porter un jugement non pas tant sur celui qui l'a écrit que sur celui pour lequel il a été écrit et qui ne semble pas en cause. Toutefois, comme nous partageons entièrement l'opinion que M. Ritti a de son maître Lasègue, nous nous trouvons par cela même en excellente situation. Nous sommes certain que si Lasègue, qui fut un écrivain de race, un professeur de rare éloquence, un aliéniste éminent, était appelé lui-même à donner son avis, il demanderait encore à être loué par M. Ritti.

IV. M. le Dr Challan de Belleval, médecin principal d'armée, a mis comme épigraphe à sa brochure sur le Tonkin : *Je dis seulement ce que j'ai vu.* Aussi, par une série de déductions, des plus simples, d'ailleurs, nous pensions enfin posséder un aperçu complet sur l'organisation des ambulances dont il avait été le chef ; sur la mortalité par les armes de guerre dont les blessures ont été pansées par la méthode antiseptique qu'il nous dit avoir employée. Nous espérions, en un mot, une étude sur la chirurgie de guerre moderne qui est tout entière à tracer chez nous, puisque l'antisepsie n'existait que peu ou pas en 1870, et que, depuis cette funeste époque, nous n'avons fait d'autre expédition sérieuse que celle du Tonkin (1). Pas du tout, M. Challan de Belleval parle de beaucoup de choses relatives à la climatologie du Tonkin, aux mœurs de ses habitants ; quant au chapitre intitulé : *Chirurgie de guerre*, il est long de 31 lignes ! Nous ne croyons pas que, malgré ses qualités, la brochure de M. Challan de Belleval réussisse à faire oublier le livre de M. P. Bourde et l'œuvre magistrale du capitaine Bouinais et du professeur Paulus.

V. Hélas, il n'en faut plus douter, la mode est aux manuels ! En Allemagne, les professeurs font des cours élémentaires pour les élèves et publient des travaux originaux : en France, on fait des cours doctrinaux et l'on publie des manuels. Résultat prévu : l'élève lit le manuel et ne va pas au cours.

C'est le troisième manuel d'Histoire de la médecine que nous analysons en trois ans : et nous le déplorons. Ce qui peut adoucir nos regrets, c'est que ce troisième est incontestablement le meilleur, bien qu'étant le plus petit. Tout y est précis, sobre, et conçu dans un excellent esprit. L'auteur, un jeune, n'a pas encore eu le temps de devenir un doctrinaire : il a exposé ce qu'il s'était donné la peine d'apprendre, et, comme il a l'esprit juste, il a vu droit et clair.

C'est pourquoi nous regrettons qu'il nous ait donné un Manuel, même en admettant, ce qui pouvait être une excuse, que la « Collection historique universelle » dont cet ouvrage fait désormais partie, en ait eu besoin. Combien nous eussions mieux aimé lui voir aborder avec ses aptitudes naturelles, un beau sujet de notre vieille médecine française, si délaissée pour le fatras grec ou latin, qu'il nous fît connaître à fond, Guy de Chaulieu, par exemple ! C'eût été tout bénéfice. Tandis qu'un manuel, et un manuel d'histoire médicale, qui le lira ? Les étudiants : « *on n'en demande pas aux examens.* » Les chercheurs, les érudits ? ils en possèdent au moins trois ou quatre. Toutefois, s'il en est qui s'en trouvent dépourvus, nous leur recommandons vivement celui de M. Barbillion : il dit beaucoup en peu de mots, ce qui est le meilleur éloge qu'on en puisse faire.

GILLES DE LA TOURETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Des médications de la phthisie.

Malgré les notions nouvelles qui, dans ces dernières années, ont bouleversé les doctrines régnantes sur l'origine de la phthisie, le traitement de cette maladie a fort peu varié. Comme l'a proclamé le professeur Jaccoud, si l'on a ajouté à nos connaissances sur la tuberculose, aucun corollaire pratique nouveau, quant au traitement, n'a découlé de ces acquisitions. Sans doute, il semble que si l'état de déchéance de l'organisme, désigné jadis sous le nom de *misère physiologique*, doit cesser d'être considéré comme la condition essentielle de la genèse du tubercule, une autre indication thérapeutique causale devrait être substituée à celle qui commandait de remédier d'abord à l'appauvrissement général de l'économie.

Après les découvertes récentes, nous sommes conduits à admettre que le tubercule est le produit néoplasique qui résulte de l'irritation cellulaire engendrée par le bacille tuberculeux, comme, par exemple, les galles du chêne sont les produits du cynips ; de même, les néoplasmes cancéreux sont-ils peut-être, eux aussi, des produits d'hypergénèse et de perversion cellulaires liés à l'évolution d'un microbe qui reste à découvrir. Dès lors, une indication impérieuse surgit, celle de détruire le parasite facteur du mal et de traiter la phthisie par des spécifiques, si possible, comme on fait de la siphilis.

Les tentatives dans cette voie n'ont pas manqué : tout récemment, on a proposé les inhalations de vapeurs d'acide

(1) Le livre du Dr Nimier a paru après la composition de cet article. (Voy. *Progrès médical*, 15 mai 1886.)

© BIU Santé

fluorhydrique, les injections rectales de gaz hydrogène sulfuré, etc. Nous pensons que ces essais doivent être renouvelés bien des fois avant qu'il en passe quelque chose dans la pratique ; et même, après examen, il ne semble pas que la méthode des inhalations puisse jamais fournir plus qu'un appoint à la thérapeutique de la phthisie.

Une médication qui offre des bases plus sérieuses, à en juger par de récents travaux, serait la médication iodoformée. Il est vrai qu'elle ne date pas d'hier, mais les effets de l'iodoforme, dans diverses affections de nature tuberculeuse, — injections d'éther iodoformé dans les abcès froids, onctions iodoformées dans la méningite tuberculeuse, iodoforme à l'intérieur dans les adénites caséeuses et dans la phthisie, — ont été mieux étudiés. La posologie également est mieux réglée. D'un autre côté, la préparation du médicament a subi des perfectionnements notables ; son administration est rendue facile et sa pureté est entourée de garanties, grâce au procédé qui consiste à l'enfermer sous enveloppe gélatineuse et transparente à l'état de solution éthérée. Mais alors même que son action spécifique contre le bacille tuberculeux serait hors de discussion, faudrait-il se contenter de viser la lésion et l'agent pathogène ? Il est bien évident qu'il faut aussi tenir le plus grand compte de l'individu lésé ; il faut encore faire de la médecine ou de l'hygiène préventive. Aujourd'hui, comme autrefois, on doit s'efforcer de mettre le malade ou celui qui paraît prédisposé dans les meilleures conditions de force et de résistance. Les résultats avantageux qui sont obtenus chez les phthisiques à l'aide de médications qui n'ont rien de spécifique, telles que la suralimentation par les poudres de viande ou par les huiles de foie de morue, ne sauraient être dédaignés ; même si le parasiticide du bacille tuberculeux et si une méthode pratique de l'employer étaient sûrement connus, il n'en faudrait pas moins veiller à la nutrition de l'individu envahi, pour lui permettre de durer plus longtemps que son ennemi. Tels sont les principes de l'enseignement du professeur Jaccoud, qui pousse l'administration de l'huile de foie de morue à des doses inusitées jusqu'à présent : 100 grammes par jour et davantage. Nous pensons que si l'on fait usage d'une huile convenablement préparée, il est rarement utile d'aller si loin ; d'ailleurs, beaucoup de malades ne l'accepteraient pas. L'huile de Berthé, préparée suivant une méthode qui a obtenu l'approbation de l'Académie de médecine, et qui contient des proportions d'iode, de phosphore, de brome, de soufre et d'autres métalloïdes, doubles de celles obtenues par d'autres procédés, donnera d'excellents résultats à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour.

CORRESPONDANCE

Protestation des agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier à propos des décrets du 30 juillet.

Monsieur le rédacteur,

Les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier ont adressé à Monsieur le Ministre de l'instruction publique la protestation suivante, qu'ils nous prient de vouloir bien insérer :

Monsieur le Ministre,

Les décrets du 30 juillet 1886 entraînent pour l'agrégation des Facultés de médecine une situation regrettable. La rétribution accordée aux agrégés chargés d'un cours complémentaire, pour leur participation à l'enseignement, atténuait l'insuffisance de leur traitement. La suppression pure et simple de cette rétribution fait renaître, pour l'agrégation, des difficultés matérielles dont les agrégés étaient en droit de se croire désormais affranchis.

En présence de cette mesure, que ne justifient ni la modicité de leur traitement ni les services rendus par leur enseignement, les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier, réunis en séance générale, s'associant à la protestation des agrégés de la Faculté de Paris, ont l'honneur, Monsieur le Ministre, de vous adresser leurs légitimes et respectueuses doléances.

MM. Beaumel, Bernard, Blaise, Brousse, Boisset, Forgues, Gayraud, Gerbaud, Gilis, Granel, Mairet, Malosse, Mossé, Regimbeau, Tapie, Truc, Ville.

L'ophtalmologie à Heidelberg et Bonn.

Monsieur le Rédacteur en chef,

En visitant les cliniques ophtalmologiques de Strasbourg, Heidelberg et Bonn, j'ai pu voir combien le joug d'un homme de génie est difficile à secouer, même après sa mort. Dans ces cliniques, on en est encore pour l'opération de la cataracte aux principes de de Græfe. Nulle part on ne fait l'extraction sans iridectomie. Le professeur Sœmisch (de Bonn) pratique même l'opération en deux fois : il fait habituellement l'iridectomie quatre ou cinq semaines avant l'extraction. Et ce qui fait encore paraître plus choquante l'absence de progrès de ce côté, c'est que nulle part on ne néglige de tenir compte des découvertes les plus récentes qui intéressent la chirurgie oculaire.

Quelques-uns des ophtalmologistes allemands que j'ai vus, ne semblent pas non plus bien pénétrés de l'importance des pansements rares. Pour la cataracte, en particulier, le premier pansement est enlevé 24 et quelquefois même 12 heures après l'opération. Dès ce premier pansement, l'œil est examiné attentivement dans toutes ses parties, et même pour faciliter cet examen et le rendre plus complet, l'opéré est invité par le chirurgien à imprimer à l'œil des mouvements étendus dans différents sens. Je vois bien les dangers d'une telle pratique, sans en saisir les avantages, quoiqu'on prétende que cet examen a pour résultat de faire voir les premiers débuts d'une complication. Cette constatation a, en effet, un intérêt médiocre, puisque, quelle que soit la complication, son meilleur traitement, à part quelques cas particuliers, est encore l'immobilisation de l'œil ; et que toutes les fois que ce moyen est insuffisant, il n'y a, quoi qu'on tente, rien de bon à espérer. Après l'énucléation, on n'applique pas de sutures, ce qui prouve qu'on n'en connaît pas les avantages au point de vue de la conservation des mouvements.

Les autres opérations que j'ai vu pratiquer sur les yeux, n'ont été le sujet d'aucune remarque particulière.

Il y a aussi peu de choses intéressantes à noter au point de vue thérapeutique. D'une façon générale, les ophtalmologistes allemands ne semblent pas attacher autant d'importance qu'on le fait en France au traitement diathésique ; et je crois qu'ils ont tort. Ce fait provient peut-être d'une exagération de la spécialisation qui porte ces oculistes à ne voir que l'œil, sans assez penser à celui qui le porte. Et à ce propos de spécialisation à outrance, je rapporterai un fait assez curieux dont j'ai été témoin : Un malade atteint d'iritis syphilitique venait à la clinique ophtalmologique pour l'application du traitement local de l'iritis, alors que le traitement antisyphilitique était suivi à la clinique des maladies vénériennes.

A la clinique du professeur Laqueur, j'ai vu employer, et cela avec les meilleurs résultats dans la plupart des affections inflammatoires externes de l'œil (conjonctivites, abcès et ulcères de la cornée), des lavages fréquents avec une solution de nitrate d'argent à 14 0/0.

Dans les affections analogues, le professeur Becker (de Heidelberg) soumet en permanence l'œil à l'influence de la chaleur. Les effets avantageux de l'application de la chaleur dans beaucoup d'affections oculaires, sont bien connus ; et si on n'y a pas plus souvent recours, cela tient en grande partie à la difficulté d'application. Le professeur d'Heidelberg a résolu la question au point de vue pratique, d'une façon très heureuse. Un courant d'eau à 80° ou 90° circule constamment dans un petit appareil formé d'un tube de plomb enroulé sur lui-même. Cet appareil est placé entre deux compresses, fixé au-devant de l'œil malade par une bande, et maintenu nuit et jour en permanence. J'ai vu dans les salles de la clinique plusieurs cas d'ulcère à hypopion traités exclusivement de cette façon. Mais je dois dire, pour être vrai, que tous les résultats obtenus n'étaient pas parfaits. A la clinique d'Heidelberg, l'ophtalmie purulente est aussi traitée par ces applications de chaleur. L'appareil n'est enlevé que deux fois par jour pour permettre de débarrasser l'œil des produits de sécrétions qui sont enlevés par des lavages au sublimé.

© BIU Santé

Je dois signaler aussi comme très intéressantes, à un autre point de vue, les préparations que m'a montrées le Dr Wieger, assistant du professeur Laqueur, préparations qui permettent de voir d'une façon très saisissante les modifications qui se produisent dans les couches profondes de la rétine sous l'influence de la lumière.

Veuillez agréer, etc. Dr Ferret.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches anatomiques sur les kystes simples de la mamelle ; par le Dr Grias (de Pont-Aven). — Th. de doctorat, 1886.

Y a-t-il des kystes simples de la mamelle, c'est-à-dire des kystes développés dans cette glande, en dehors de toute autre manifestation morbide, sans qu'il existe de tumeur appréciable? Oui, disent les auteurs classiques, et le Dr Grias essaye, dans sa thèse, de faire la description anatomique de ces kystes en se basant sur quatre faits recueillis et observés au laboratoire d'histologie de l'Ecole de Médecine de Nantes, dirigé par notre ancien maître et ami, le professeur Malherbe. Lors de la soutenance de cette thèse, M. le professeur Cornil objecta que ces kystes pourraient bien ne point être *simples*, mais accompagner purement et simplement de petits fibromes, car presque toujours, au pourtour de ces kystes, on trouve une zone dure, fibreuse, exclusivement formée de tissu conjonctif condensé. Tel n'est pas l'avis de MM. Malherbe et Grias, qui ne voient dans cette zone si peu épaisse de tissu conjonctif, que la paroi d'un kyste simple. Il était intéressant de se demander s'il n'existait pas de forme de transition entre ces kystes et ceux qui sont liés à des néoplasmes. L'auteur a cru en trouver deux observations qu'il cite.

Quoi qu'il en soit, ces kystes simples sont rares et paraissent se développer aux dépens des acini glandulaires. Ils sont caractérisés anatomiquement par une paroi non isolable, exclusivement conjonctive et recouverte d'un épithélium pavimenteux à grandes cellules de formes variables. Ils contiennent un liquide tenant en suspension de la cholestérine. Leur diagnostic est difficile sur le vivant; il n'y a rien de commun entre ces kystes et la maladie kystique de la mamelle décrite par M. Reclus ; on les prend ordinairement pour de petites tumeurs solides. Dans tous les cas, l'ablation paraît indiquée en raison de l'incertitude du diagnostic qu'une ponction explorative n'éclaire pas toujours. En somme bonne méthode et bonne rédaction ; c'est un travail à consulter quand on voudra s'occuper à nouveau de cette question, dont l'intérêt a été bien mis en relief par notre ami. Marcel Baudouin.

Atlas de microscopie clinique ; par le Dr Alexandre Peyer. Traduction française sur la deuxième édition allemande, par E. de la Harpe. — O. Berthier, Paris, 1886.

Cet atlas, qui se compose de 100 planches comprenant 128 figures en chromo-lithographie, est constitué par une série de dessins de préparations microscopiques. L'auteur, dans ses recherches de micrographie clinique, avait pris l'habitude de dessiner tout ce qu'il examinait ; ce sont les planches conservées par lui qu'il publie aujourd'hui sous forme d'atlas en neuf chapitres : 1° sang ; 2° secrétion mammaire ; 3° urine ; 4° crachats ; 5° fécès ; 6° vomissements ; 7° contenu liquide de diverses tumeurs abdominales ; 8° sécrétion des organes génitaux de la femme ; 9° microorganismes ; en appendice quelques figures des principaux vers parasites de l'intestin. Les planches sont accompagnées de légendes explicatrices détaillées. En somme, il n'y a là rien de bien nouveau ; le chapitre des microorganismes est forcément incomplet. Cependant l'atlas a été édité avec un luxe que nous ne sommes pas habitués à rencontrer dans les ouvrages français. Si cet ouvrage n'apporte rien au domaine de la science histologique, il n'en est pas moins vrai qu'il rendra certainement les plus grands services aux médecins pratiquants qui veulent profiter des données microscopiques modernes et ont à honneur d'exercer leur art d'une manière scientifique.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires ; par P. Garnier, Paris, Félix Alcan.

L'intention qui a guidé l'auteur dans la publication de cet ouvrage est assurément des plus louables et des plus utiles. Le dictionnaire qu'il nous présente donne des renseignements sur toutes les recherches principales qui ont marqué l'année 1885 : il offre ainsi d'incontestables avantages à ceux qui ne peuvent suivre de près les progrès accomplis dans les sciences médicales. Malheureusement, si les indications bibliographiques sont exactes, nous sommes obligés de reconnaître que l'analyse des travaux ne répond pas toujours nettement à la pensée des auteurs. Le dictionnaire de M. Garnier manque d'esprit critique : c'est là son plus grand défaut, sans compter un esprit d'exclusivisme, qui ne devrait jamais exister dans un travail de ce genre. Si nous n'avions pas à lui adresser ces reproches, nous dirions très volontiers que la lecture de ce livre pourra être utile à tous ceux qui sont éloignés par leurs occupations de la connaissance des nouveautés scientifiques.

VARIA

Comparaison de l'enseignement médical en France et en Allemagne (1).

L'enseignement de la médecine est, en France, en pleine période de transition.

Les belles méthodes d'investigation que nous devons au grand nom de Laënnec, ses efforts persévérants pour démontrer l'importance des recherches nécroscopiques portèrent le coup de grâce aux théories fantaisistes des idéologues. La clinique est née chez nous avec l'auscultation, et de toutes parts, au commencement de ce siècle, on admira les résultats inattendus que tirait, de l'examen du malade, l'esprit vif et ouvert de nos grands cliniciens. Fascinés par le retentissement universel des nouveaux procédés d'observation, les savants d'Outre-Rhin virent bientôt fleurir dans leurs nombreuses universités les disciples de Laënnec. Le chirurgien Billroth, si sévère et si dur quand il apprécie l'état actuel de nos études médicales, reconnait pourtant que l'Allemagne doit à la France les principes de la méthode d'observation. La France, Messieurs, a donc le droit de revendiquer à son honneur cette rénovation de l'esprit médical, qui bientôt s'est étendue au monde entier.

La méthode expérimentale ne devait pas porter partout les mêmes fruits. L'esprit allemand, plus terre à terre, séduit par l'exactitude presque mathématique avec laquelle le clinicien pouvait désormais reconnaître les régions malades, s'est de toutes parts précipité dans le cercle restreint de l'anatomie pathologique. Les médecins Français surent les premiers pousser assez loin l'observation clinique pour tracer de main de maître les symptômes de nos maladies. Laënnec avait démontré rigoureusement les rapports qui existent entre les signes de la percussion et de l'auscultation d'une part, les lésions cadavériques de l'autre.

Armés de sa méthode, les savants d'Outre-Rhin surent, en outre, ramener aux lois de la physique les phénomènes observés, et perfectionnèrent à un degré remarquable, avec l'aide du microscope, l'étude de l'anatomie normale et pathologique. Fière d'occuper le premier rang parmi les nations, et bercée par la gloire qu'elle venait de conquérir, la France scientifique s'endormit quelque peu sur ses succès, et les merveilleuses aptitudes de nos savants se laissèrent devancer par l'esprit moins vif mais plus pratique de nos voisins. D'importantes missions confiées à des hommes de valeur, les rapports nombreux de jeunes médecins qui ont parcouru l'Autriche, l'Allemagne, la Suisse, l'Angleterre, ont mis en lumière les progrès réalisés à l'étranger dans l'organisation de l'enseignement supérieur. Ces institutions, dont on nous vante la fécondité, étudions-les, Messieurs, comparons-les aux nôtres, et prenons ailleurs ce qui est pour faire mieux. Esquissons d'abord l'histoire des études médicales en France et leur état actuel :

Il n'y avait pas d'enseignement médical proprement dit avant le XIIIe siècle. Paris et Montpellier se disputent l'honneur d'avoir créé la première Université ; d'autres s'établirent successivement à Avignon, Orléans, Cahors, Aix, Poitiers, Caen, Bordeaux, Nantes, Bourges et Reims. L'université de Paris devait sa supériorité à la réunion des différents collèges qui se parta-

(1) Discours prononcé à la séance de rentrée de l'Ecole de médecine de Reims, en novembre 1886.

© BIU Santé

geaient l'enseignement supérieur : lettres, sciences, philosophie, théologie, droit, médecine. Ces universités jouissaient de privilèges importants que leur avaient accordés les papes et les rois. Les libéralités des provinces en assuraient l'existence. C'est ainsi que notre vieille université Rémoise fut instituée en l'an 1545, sous la protection du cardinal de Lorraine, par le pape Paul III. Le prélat Rémois, chef de cette université, où l'on enseignait les langues grecque, latine, hébraïque, les arts, la philosophie, la théologie, le droit, la médecine, l'honorait de ses largesses princières. Il employa ses immenses richesses à la création des bâtiments scolaires, à la rémunération des professeurs qui, bientôt, comme les élèves, affluèrent de toutes parts.

Le règne de Louis XIV porta un coup mortel à nos Universités. Le monarque autoritaire ne connaissait que la Bastille pour quiconque osait émettre quelque parole de liberté. Quelques années avant la Révolution, il s'était formé de nouveaux centres universitaires dans les grandes villes où l'on sentait le besoin d'obvier à l'incapacité des docteurs de l'époque. L'Assemblée législative, le 17 août 1792, supprima les Universités, la Faculté de droit, de médecine, les corporations savantes. Plus tard, la Convention voulut créer de nouvelles écoles de médecine et de chirurgie; puis un décret du 14 frimaire de l'an III (4 décembre 1794) réorganisa *des Ecoles de santé* à Paris, à Montpellier, à Strasbourg. Il y avait hâte, en effet, de former des médecins capables de donner les premiers soins aux blessés. Bonaparte, en 1803, créa deux ordres de médecins : les docteurs et les officiers de santé. L'esprit de centralisation gouvernementale, qui absorbait tout au profit de l'Etat, présida à l'organisation nouvelle de l'enseignement supérieur, et nous subissons encore les conséquences fâcheuses de ces pratiques autoritaires. Les écoles secondaires, qui existaient dans les grandes villes où se trouvaient réunies les conditions de l'enseignement médical : hôpitaux, médecins habiles. Elles furent élevées en 1840 au rang d'écoles préparatoires. De nouveaux décrets qui ne datent que d'hier ont supprimé quelques-unes de ces écoles, en ont élevé quatre au rang de Facultés, et ont donné à d'autres le droit d'enseigner les premiers éléments de la médecine aux élèves docteurs. Nous sommes ici dans une de ces écoles réorganisées.

Il y a six Facultés, dont les professeurs ont le privilège de recevoir des docteurs; à côté d'elles, on compte 17 Ecoles de médecine. Les jeunes gens, au sortir du lycée, et après avoir reçu la consécration de leurs études par les épreuves des baccalauréats, sont admis à s'inscrire dans une école de médecine. La première année est exclusivement absorbée par la chimie, la physique, l'histoire naturelle. La seconde année comprend les cours d'anatomie, d'histologie, de physiologie, de pathologie externe et interne. La troisième année, le semestre d'hiver complète l'enseignement des deux semestres précédents, auquel s'ajoutent l'anatomie pathologique, les opérations et appareils, la thérapeutique, la matière médicale, la pharmacologie, la clinique externe et interne. L'élève de quatrième année achève son instruction clinique par l'étude de l'hygiène, de la médecine légale, des accouchements. Chaque semestre comporte des travaux pratiques obligatoires. Ces exercices pratiques sont en première année : l'histoire naturelle, la physique, la chimie; en seconde année : l'anatomie, l'histologie; et ce n'est qu'au début de la troisième année que l'étudiant, avide d'apprendre enfin la médecine est admis auprès du malade.

Non seulement dans les premiers semestres on ne conseille pas au jeune élève de fréquenter les cliniques, de faire ce stage hospitalier auquel il aspire; mais on l'empêche de visiter utilement les hôpitaux en l'obligeant à suivre chaque matin des travaux pratiques, dont il ne comprend encore ni l'utilité ni la valeur. Les absences aux travaux pratiques, si elles se renouvellent, entraînent la perte d'une inscription. Au bout de chaque année, l'élève subit un examen définitif sur des matières qu'il n'étudiera plus avant le terme de sa scolarité. Il est d'abord, si je puis m'exprimer ainsi, reçu docteur en médecine pour la physique, la chimie, l'histoire naturelle. A la fin du cinquième semestre, il est reçu docteur pour l'anatomie et l'histologie, et ainsi de suite pour les autres branches de la science médicale. Cinq ans seulement après le début de ses études, le jeune élève peut obtenir le titre de docteur en médecine, et, par suite, le droit d'exercer dans toute la France la médecine et la chirurgie, le droit d'acquérir les postes officiels, tels que : médecin légiste, médecin des services hospitaliers. Pendant ces cinq années, trois seulement sont consacrées au stage hospitalier, à la fréquentation des malades. Nous avons vu que les travaux pratiques sont obligatoires; il en est de même du stage hospitalier en 3e et en 4e année. L'élève doit signer chaque matin en entrant dans la salle une feuille de présence. La Faculté se contente de la signature et ne vérifie pas si l'élève travaille. Beaucoup ne font qu'une simple promenade à l'hôpital, se souciant peu des exercices cliniques. Les examens probatoires sont insuffisants pour juger de la capacité réelle du candidat, et bien des sujets médiocres obtiennent tant bien que mal et à force de patience le titre de docteur. Heureux celui qui, avide d'acquérir un bagage scientifique plus étendu, concourt à l'externat, puis à l'internat des hôpitaux et juge encore après huit ou neuf années d'études assidues, qu'il a bien besoin encore d'apprendre chaque jour s'il veut exercer dignement l'art de guérir.

Notre ancien régime d'étude différait du régime actuel. Chacune des trois premières années se terminait par un examen spécial. Ces examens de fin d'année ne causaient aucun préjudice aux examens de doctorat. Après avoir pris seize inscriptions et satisfait aux exigences de la Faculté, l'étudiant subissait cinq examens probatoires, puis l'épreuve de la thèse. Chacun était ainsi forcé de repasser à la fin de ses études les matières qu'on lui avait enseignées.

Les élèves qui déjà ont pris rang parmi leurs camarades en conquérant le titre d'interne des hôpitaux, peuvent à leur tour, par des concours successifs, devenir aides d'anatomie, prosecteurs, médecins des hôpitaux, professeurs agrégés dans une Faculté de médecine. Les professeurs titulaires sont choisis à chaque vacance parmi les agrégés. Ces derniers ne sont jamais certains de devenir professeurs titulaires et beaucoup voient dans l'agrégation le dernier terme de leurs succès. Il n'est plus d'exemple qu'un professeur pût être choisi sans avoir passé par la voie classique, *par la filière*, suivant l'expression consacrée. Ces concours sont bien longs, bien difficiles, et les plus heureux n'arrivent à l'agrégation, qu'entre trente et trente-cinq ans. Combien d'autres, moins favorisés par le sort, ne peuvent obtenir le titre convoité et voient s'écrouler tout à coup, après bien des années d'une lutte stérile, tout l'édifice qu'avait conçu leur ambition.

Nous ne trouvons guère en France d'enseignement médical libre. A part quelques cliniques spéciales qui tendent à s'organiser à Paris, les Facultés et les Ecoles préparatoires ont le monopole de l'enseignement de la médecine. Les travaux anatomiques eux-mêmes, si largement organisés à l'amphithéâtre de Clamart par l'Assistance publique de Paris, tombent en désuétude. La Faculté n'admet plus qu'on apprenne l'anatomie hors de son sein. Les étrangers seuls, et les élèves qui ont terminé leur scolarité, peuvent à loisir profiter des matériaux d'étude que leur offre l'administration hospitalière.

Les études médicales en Angleterre, en Amérique, en Suisse, en Allemagne, en Autriche, en Italie, jouissent d'une organisation toute différente. Cette organisation que j'ai vue et étudiée sur place en Allemagne, je vais l'exposer en détail, parce qu'elle y semble présenter un type plus complet et mieux coordonné. Les leçons du gymnase préparent comme celles de nos lycées aux carrières libérales. Le jeune homme qui vient de subir après huit ans de séjour au gymnase, l'*examen dit de maturité*, est seul admis à se faire inscrire comme élève dans une Université. Le programme général des études médicales diffère peu du nôtre. Toutefois nous insisterons sur ce fait, que dès le premier semestre, le nouvel élève est tenu de suivre les cours d'anatomie et les travaux pratiques de dissection. Les sciences naturelles sont étudiées spécialement au point de vue médical; l'enseignement clinique est l'objet de soins tout particuliers et dure plusieurs années.

L'étudiant inscrit dans une Faculté rend visite au professeur qu'il préfère. Une carte personnelle lui est remise et lui donne l'accès de l'amphithéâtre. Il est libre de choisir son maître et reçoit de lui, à la fin du cours, un certificat d'assiduité. Muni de ce certificat tout élève est libre de quitter l'Université pour se rendre dans une autre. L'élève paye directe-

© BIU Santé

ment son professeur, chaque cours coûte de 20 à 60 francs suivant la notoriété du maître, l'adjonction ou non d'exercices pratiques. En dernière année, l'étudiant en médecine est inscrit aux diverses cliniques comme *opérateur* ou *pratiquant*, et appelé à son tour par le professeur pour faire devant lui l'examen clinique d'un malade ou bien pour exécuter de petites opérations.

Les diplômes académiques, les certificats que délivre chaque professeur ne donnent pas le droit d'exercer la médecine. Un premier examen, à la fin du 4me semestre, porte sur les sciences naturelles l'anatomie, la physiologie, l'histologie. Au bout de 8 semestres, l'étudiant muni de ses certificats d'assiduité aux cours obligatoires peut subir l'*examen d'Etat*. L'examen d'Etat représente en Allemagne la série des examens de Doctorat de nos Facultés. Les épreuves théoriques et pratiques se passent devant un jury spécial, sous le contrôle de l'Etat. Chaque épreuve porte, en Autriche, le nom sévère de *Rigorosum*. Le candidat répond d'abord sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle médicale, l'anatomie, l'histologie, la physiologie; puis, sur la pathologie générale, la thérapeutique, la matière médicale, l'anatomie pathologique, la médecine légale et la clinique médicale. Le dernier examen porte principalement sur la chirurgie générale et spéciale sur la gynécologie et les accouchements. Les épreuves pratiques sont nombreuses et compliquées. Les épreuves cliniques, en particulier, sont l'objet de la part du jury, d'une rigueur inconnue en France. Le candidat, à chacune de ces épreuves, présente en détail l'observation de plusieurs malades, qu'il a dû suivre pendant huit jours au moins, sous la surveillance des juges. Il est accompagné par deux d'entre eux dans ses visites quotidiennes. Devant eux, il pratique les examens nécessaires ; il leur fait connaître les changements qui surviennent dans l'état du patient. Il est enfin chargé d'instituer le traitement et de pratiquer sous leur direction, les manœuvres et les opérations d'urgence. Pour l'épreuve pratique d'accouchements, le candidat examine devant les juges une femme en travail, et ne la quitte pas avant la délivrance ; il doit en outre fréquenter toute une semaine la clinique, examiner les femmes grosses, soigner les nouvelles accouchées.

Les frais de scolarité s'élèvent en tout à 1.000 ou 1.200 fr. environ. Ils n'ont en effet rien de bien fixe, en raison de la liberté qu'ont les élèves de choisir leur professeur. Il existe des bourses d'études qui sont délivrées aux plus dignes parmi les élèves pauvres.

L'étudiant qui a conquis par l'examen d'état le droit d'exercer la médecine peut, s'il veut se perfectionner dans la pratique, s'attacher à un professeur en qualité d'assistant. Sa position est alors assez analogue à celle de nos chefs de clinique, à moins qu'il ne soit tout spécialement attaché à un laboratoire. Sous la direction du professeur, l'assistant soigne les malades, pratique les opérations que le maître lui confie. Après quelques années de cette pratique journalière, l'assistant peut acquérir, devant une Faculté, le titre de privat-docent.

Le candidat au titre de privat-docent est apprécié d'après ses travaux personnels, d'après les notes de ses maîtres. Il présente devant l'Université où il sait se faire agréer un mémoire original dont il choisit le sujet. Il est tenu de professer plusieurs fois en public afin de témoigner de ses talents pédagogiques. Le privat-docent fait un cours libre sur les seules matières de l'enseignement médical pour lesquelles il s'est fait agréer. Le titre de privat-docent ne donne aucun droit au grade de professeur extraordinaire. Les Facultés choisissent les professeurs extraordinaires parmi les privat-docent les plus en renom. Ceux-ci ont donc intérêt à se faire remarquer par leur valeur scientifique, par le nombre de leurs auditeurs. Le privat-docent change le plus souvent d'Université quand il prend le titre de professeur extraordinaire.

Les professeurs ordinaires sont en petit nombre et sont choisis à leur tour parmi les professeurs extraordinaires. Chaque nouveau professeur débute dans une petite Université. Survient-il une vacance dans une Université plus importante, tous les docteurs qui ont subi l'examen d'état peuvent se mettre en ligne et sont admis à faire valoir leurs droits.

La nationalité du candidat n'est pas prise en considération pourvu qu'il soit un homme de valeur. Et c'est ainsi que le hollandais Van Swieten fut appelé à Vienne, en 1745, par l'impératrice Marie-Thérèse pour réorganiser en Autriche l'enseignement de la médecine.

Telle est, à grands traits, la marche des études médicales chez nous et dans les pays d'outre-Rhin. (*A suivre.*)

Dr Doyen.

La rage.

Le Dr Rameau, d'Ecommoy (Sarthe), nous communique la notice suivante, relative à quatre individus mordus par un chien suspect, note que nous reproduisons à titre de renseignement, désireux de faire, sur cette question si grave, la lumière la plus complète et sans parti pris.

1° Jamin père, cultivateur, demeurant à la Bouquetière-de-Château-l'Ermitage, canton de Pontvallin (Sarthe). Mordu le 27 juin 1886, à la main droite et à la face, n'a pas été inoculé et n'a subi aucun traitement, meurt le 10 août, après deux jours de maladie. Symptômes : d'abord une vive douleur dans le bras droit et le cou, une grande oppression. Crachotement continuel. Impossibilité de voir et d'avaler aucun liquide. Accès de fureur revenant à des intervalles assez rapprochés. Calme absolu dans l'intervalle des crises. Meurt dans un accès, en mordant l'oreiller.

2° Moermann Alfred, garde particulier à Chardonneux, commune de Saint-Biez-en-Belin, canton d'Ecommoy. Mordu le 28 juin, se décide à partir pour Paris en apprenant la maladie de Jamin père. Inoculé au laboratoire de M. Pasteur par M. le Dr Roux, le 11 août et les jours suivants. Subit les inoculations pendant dix jours, puis rentre chez lui. Meurt le 7 septembre. Symptômes : douleur violente dans tout le bras droit, s'étendant jusqu'au cou. Douleur dans la poitrine, gênant la respiration et la déglutition. A la vue des liquides, il est pris de frissons, se sent la gorge serrée et a des envies de vomir. Il marche précipitamment et parle sans cesse. Est pris de terreur en passant dans le jardin, à côté de la pièce d'eau, et reste très surexcité pendant une heure Sensation pénible dans le canal de l'urèthre, accompagnée de pertes séminales. Vomissements continuels, pouls petit et irrégulier, sueurs froides. Le malade est assis dans une chaise et cause avec différentes personnes, quand tout-à-coup il tombe mort.

3° Jamin fils, cultivateur à la Bouquetière, mordu le 28 juin. Inoculé le 11 août et les jours suivants, au laboratoire de M. Pasteur, n'a présenté aucun accident consécutif et continue à se bien porter, à la date du 14 novembre.

4° Touchard Marie, demeurant à la Moinerie, commune de Saint-Biez, mordue le 28 juin. Inoculée le 11 août et les jours suivants, n'a présenté aucun accident consécutif et continue à se bien porter.

M. le Dr Rameau remarque expressément que Jamin fils et Marie Touchard, avaient été mordus assez légèrement.

Dans sa récente communication sur la rage, M. Pasteur (1), après avoir éliminé de ses statistiques un certain nombre de cas, met encore à part deux autres personnes, Louise Pelletier et Moermann, dont la mort doit être attribuée à leur arrivée tardive au laboratoire : Louise Pelletier, trente-six jours, et Moermann, quarante-trois jours (après leurs morsures. Si Moermann était mort de la rage au cours du traitement, comme cela est arrivé à trois Russes, nous n'hésiterions pas un instant à croire que les inoculations avaient été trop tardives. Or, dans le cas spécial, cet argument ne saurait être mis en avant : la mort est survenue 27 jours après la première inoculation et 17 jours après la dernière. A en juger d'après les théories mêmes de M. Pasteur, les inoculations avaient eu largement le temps d'agir et de conférer l'immunité Dire que Louise Pelletier est morte, d'ailleurs, après le traitement, parce qu'elle ne s'est présentée au laboratoire de la rue d'Ulm que le 36e jours, ne nous semble pas non plus un argument de grand poids. Jamin fils et Marie Touchard, que l'on considère comme guéris, ne sont venus à l'Ecole normale qu'au bout de 44 jours : pourquoi donc ne sont-ils pas morts ? En somme, sur quatre individus mordus, deux sont morts, soit 50 pour 100, ce qui est notablement supérieur à la proportion habituelle. Sur trois individus inoculés, un est mort, soit 33 pour 100, ce qui est sensiblement égal à la proportion ordinaire des cas de décès, en dehors de toute inoculation curative. Les observations rapportées plus haut ne peuvent donc, en aucune manière, être considérées comme démontrant l'efficacité de la méthode Pasteur pour le traitement de la rage.

Congrès médical international à Washington en 1887.

Le Comité du Congrès international médical de Washington, au mois de septembre 1887, a publié le programme des questions qui doivent être discutées par la section d'hygiène publique

(1) L. Pasteur, *Nouvelle communication sur la rage*. Comptes-rendus de l'Académie des sciences, ch. III, p. 777, 2 nov. 1886. *Revue scientifique*, p. 577 6 nov. 1886.

© BIU Santé

et internationale, sous la présidence de M. le Dr Joseph Jones (de New-Orléans). Ces questions sont les suivantes : 1° Des quarantaines ; leur histoire, leur organisation et leur durée, leur valeur ; les appareils à désinfection ; uniformité des lois ; méthodes et règlements ; quarantaines dans les divers pays, etc. 2° Hygiène militaire, alimentation et régime, habillement et habitation du soldat, etc. 3° Hygiène navale. 4° Construction et aménagement des prisons, régime des prisonniers. 5° Construction, aménagement et aération des habitations privées et collectives. 6° Influence de l'agriculture sur la santé publique, assainissement du sol et du sous-sol, cours d'eau, plantations, etc. 7° Produits alimentaires, leur altération et leur falsification. 8° Influence des eaux sur la santé publique ; eaux potables, alimentation des villes, quantité d'eau pour chaque habitant, transmission des germes morbides par les eaux. 9° Influence de l'alcool sur la santé publique, vins, bières, liqueurs distillées. 10° Influence des narcotiques sur la santé publique, tabac, chanvre indien, opium et ses préparations, chloral hydraté, chloroforme et éther. 11° Influence de la lumière électrique et des diverses variétés d'éclairage au gaz sur la santé publique. 12° Influence des moyens actuels de locomotion (chemins de fer et bateaux à vapeur). 13° Influence des immondices sur la santé publique ; valeur composée des divers modes d'évacuation, effet de la putréfaction et de la dissémination des germes des affections transmissibles, etc. ; crémation. 14° Influence des germes sur l'origine et la propagation des maladies infectives et contagieuses, endémiques et épidémiques, etc. 15° Influence des industries et manufactures sur la santé publique, etc. (*Revue scientifique.*)

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1886, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	15	23	2	40
2e	20	18	5	43
3e	30	50	6	86
4e	36	55	23	114
5e	31	36	19	86
6e	20	34	4	58
7e	24	19	8	51
8e	13	9	1	23
9e	19	23	5	46
10e	16	43	11	70
11e	76	115	31	222
12e	29	32	26	87
13e	25	57	29	117
14e	47	66	22	130
15e	36	71	24	131
16e	20	24	12	56
17e	31	56	22	109
18e	59	105	33	197
19e	62	71	22	155
20e	70	105	65	240
	684	1011	366	2061

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	105	Affect. cérébrales, Paralysies. . . .	83
Croup	24	Eclampsie. Convuls.	64
Coqueluche. . . .	13	Névralgies	60
Corps étrangers de l'œsophage . . .	3	Névroses	83
Ophthalmie. . .	2	Epilepsie.	18
B		Aliénation mentale.	4
Asthme	36	Alcoolisme. Delirium tremens. .	17
Affections du cœur.	41	Rage.	»
Bronchites aiguës et chroniques. . .	92	Tétanos	»
Pleuro-pneumonie.	65	**F**	
Congestion pulmonaire	20	Rhumatisme . . .	22
C		Affections éruptives	32
Affections et troubles gastro-intestinaux	264	Fièvre intermitt. .	6
Cholérine.	143	Fièvre typhoïde. .	12
Dysenterie	12	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	80
Athrepsie et choléra infantile. . .	49	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	84	Plaies. Contusions.	107
Hernie étranglée .	36	Fractures. Luxations. Entorses .	23
Rétention d'urine .	18	Brûlures	3
Orchite	2	Empoisonnements .	23
Rupture de la verge	1	Asphyxie par le charbon	8
D		— submersion.	3
Métrite. Métro-péritonite	62	Suicide	1
Métrorrhagie . . .	39	**H**	
Fausse-couche . .	57	Mort à l'arrivée du médecin	36
Accouc. Délivrance	166	Total. . . .	2061
Accouc. non terminé	24		

La moyenne des visites par nuit est de 22 40/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20 72/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 34 0/0.
Les femmes — — de 49 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 18 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1885 . .	1.907
— — 1886. . .	2.061
Différence en plus .	154

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 29. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Damaschino, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Trélat, Guyon, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Fournier, A. Robin.

Mardi 30. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Campenon. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Grancher, Hanot ; — oral (1re partie) : MM. Le Fort, Duplay, Pinard ; — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pajot, Panas, Humbert ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. G. Sée, Ball, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Cornil, Proust, Troisier.

Mercredi 1er. — (Epreuve pratique), Médec. opér. : MM. Trélat, Guyon, Segond. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Gautier, Rémy ; — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) 1re *Série* : MM. Charcot, Damaschino, Landouzy ; — 2e *Série* : MM. Potain, Fournier, Strauss.

Jeudi 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Cornil, Humbert ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pajot, Duplay, Peyrot. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Jaccoud, Peter, Debove ; — 2e *Série* : MM. Ball, Grancher, Troisier.

Vendredi 3. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Damaschino, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Rendu.

Samedi 4. — (Epreuve pratique). Médec. opér. : MM. Panas, Duplay, Richelot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) ; MM. Pajot, Laboulbène, Campenon. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Peter, Brouardel, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Cornil, Grancher, Hallopeau. — 3e *de Doctorat* (*Officier de santé*) (Hôtel-Dieu) : MM. Le Fort, Proust, Ribemont-Dessaignes.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 29. — M. Rebory. De l'emploi du phosphate de chaux contre les sueurs des phthisiques. — M. Renault. De la diphtérie consécutive à la rougeole. — *Mercredi* 1er. M. Léonard. De l'hystérie pendant la grossesse et le travail de l'accouchement. — M. Bourrée. Contribution à l'étude de la grenouillette aiguë sublinguale. — *Jeudi* 2. — M. Bertrand. Essai critique sur le traitement étiologique de la tuberculose. — M. Bouchut. Des hallucinations chez les enfants. — M. Braine. Traitement chirurgical du kyste hydatique du foie. (Laparotomie et trépatotomie). — M. Verlet. De la vulvite des petites filles au point de vue médico-légal. — *Vendredi* 3. — M. de Madec. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. — M. Foy. Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la compression ouatée, localisée et forcée.

Enseignement médical libre.

Cours élémentaire de gynécologie clinique et opératoire. — M. le Dr S. Pozzi, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le jeudi 2 décembre 1886, à deux heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. — Visite des malades, le matin à 9 heures 1/2. Ce cours durera jusqu'à Pâques et passera en revue les éléments de la gynécologie tout entière. — *Nota.* Tous les docteurs et étudiants en médecine peuvent assister à ce cours.

Cours particulier de technique microscopique. — Le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera son nouveau cours le jeudi 11 décembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses micrographiques exigées journellement par l'exercice de la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des principaux tissus normaux et pathologiques. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

Clinique infantile (enfants malades). — M. le Dr A. Ollivier, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, recommencera ses conférences cliniques le 29 novembre, à 9 h. 1/2, et les continuera les lundis suivants. Les mercredis, leçon au lit du malade.

© BIU Santé

NOUVELLES

—

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 14 novembre 1886 au samedi 20 nov. 1886, les naissances ont été au nombre de 1066 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 396 ; illégitimes. 143. Total, 539. — *Sexe féminin* : légitimes, 406 ; illégitimes, 121. Total, 527.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 nov. 1886 au samedi 20 nov. 1886, les décès ont été au nombre de 955, savoir : 483 hommes et 472 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 17, F. 10, T. 27. Variole : M. 1, F. 1, T. 2.— Rougeole : M. 12, F. 12, T. 24.—Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4.—Coqueluche : M. 4, F. 2, T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 7 F. 18, T. 25. —Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 1, F. 0, T. 1. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques: M. 00, F. 00, T. 00.—Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 24, F. 18, T. 42. — Phthisie pulmonaire : M. 110, F. 90, T. 200. —Autres tuberculoses : M. 7, F. 7, T. 14. — Autres affections générales : M. 30, F. 29, T. 59.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 19, F. 25, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 10. T. 25. — Pneumonie : M. 23, F. 19, T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 9, T. 18. — Athrepsie : M. 25, F. 44, T. 69. — Autres maladies des divers appareils : M. 150, F. 164, T. 314. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 19, F. 3, T. 22. — Causes non classées : M. 8, F. 6, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 79 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 12. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 23 ; illégitimes, 13. Total : 36.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. YVES DELAGE est nommé professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparées à la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nous apprenons la mutation de M. le professeur PETER, sur sa demande, à la chaire de clinique médicale de la Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Conférences d'histoire naturelle médicale* : M. Raphaël BLANCHARD, agrégé, commencera ces conférences le mardi 30 novembre 1886, à 2 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.— Sujet des conférences : *Zoologie médicale.* — *Conférences de chimie médicale* : M. HANRIOT, agrégé, commencera ces conférences le mardi 23 novembre 1886, à 8 heures du matin (Ecole pratique, rue Vauquelin), et les continuera à la même heure les jeudis, samedis et mardis suivants. — *Conférences de pathologie externe* : M. RICHELOT, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 26 novembre 1886, à 4 h. (Petit Amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Sujet des conférences : *Maladies chirurgicales des os et des articulations, des vaisseaux, des nerfs, de la peau et du tissu cellulaire, des muscles et des tendons.* — *Cours de physique médicale* : M. GARIEL, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de physique médicale le lundi 29 novembre 1886, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. CHARBONNEL SALLE est nommé professeur de zoologie et botanique à la Faculté des sciences de Besançon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT-FERRAND. — M. HURION est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physique de la Faculté des sciences de Clermont.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. FORQUIGNON est nommé professeur-adjoint à la Faculté des sciences de Dijon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.—M. LESCŒUR, professeur de chimie organique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande professeur de chimie minérale et toxicologie à la même Faculté. — M. GAULARD, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale et accouchements à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le professeur GRASSET est pourvu, sur sa demande, de la chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 23 novembre 1886, la chaire de toxicologie de l'école supérieure de pharmacie de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 23 novembre 1886, un concours s'ouvrira, le 1er juin 1887, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit cours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Cracovie* : Le professeur extraordinaire, J. LAZARSKI, est nommé professeur ordinaire de pharmacologie et pharmacognosie.

ASSOCIATION DES DAMES FRANÇAISES. — L'association a tenu sa séance annuelle, le vendredi 19 novembre, dans la salle des fêtes de l'Hôtel Continental. M. le Dr Duchaussoy, secrétaire général, a rendu compte, dans un discours fort applaudi, des travaux accomplis pendant l'année écoulée, tant par le comité central que par les comités de province. Des secours en argent, en vêtements, vin, café, etc., etc., montant à un total de plus de 100.000 fr., ont été envoyés aux troupes du Tonkin et de Madagascar, ou distribués aux soldats revenant de ces contrées lointaines. Les comités de province, entre autres ceux de Marseille, de Cannes et de Briançon, ont donné des sommes importantes aux habitants de villages détruits par les inondations ou par l'incendie. M. le Pr Richet, de l'Institut, a été élu membre du comité de patronage. Les cours pour les élèves ambulanciers recommenceront le 2 décembre, au siège de l'Association, 15, rue Jean-Jacques-Rousseau. Les conférences hebdomadaires, inaugurées l'an dernier et accueillies avec tant de faveur, recommenceront le 14 janvier. Parmi les noms des conférenciers, signalons ceux de MM. Galippe, Gillet de Grandmont et R. Blanchard. L'état prospère de l'Association permet de bien augurer de son avenir. Néanmoins, les misères à soulager sont chaque jour plus nombreuses et chacun doit avoir à cœur de contribuer, dans la mesure de ses ressources, à la prospérité de cette œuvre de haute philanthropie.

BIBLIOTHÈQUE DES INTERNES EN PHARMACIE DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — *Maison municipale de santé* : Fondée en 1884 par l'initiative des internes, ayant par suite 2 ans d'existence, cette petite bibliothèque est entretenue par la cotisation mensuelle de 2 fr., à laquelle chaque interne se soumet. Encore peu riche en ouvrages, cette bibliothèque exigerait un plus vaste local, si une indemnité annuelle lui était accordée et lui permettait de prendre une certaine importance. Le Conseil municipal ne fournit aucune subvention.

HOPITAUX DE ROUEN. — M. le Dr TINEL, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux. — M. le Dr PÉTEL passe à l'Hôtel-Dieu. — M. le Dr Cerné est nommé chirurgien de l'Hospice-Général.

LES NOUVEAUX *Centralblatt allemands.* — On sait qu'il existe en Allemagne un certain nombre de *Centralblatt : Chirurgie, médecine, gynécologie, maladies nerveuses* ; on vient d'en fonder deux nouveaux : 1° *Centralblatt für Bactériologie und Parasitenkunde*, dirigé par MM. Leuckart, Löffler et Uhlworm ; 2° *Centralblatt für Physiologie.*

PROTESTATION DES AGRÉGÉS EN MÉDECINE. — On sait que les agrégés de la Faculté de médecine ont récemment adressé au ministère de l'instruction publique une protestation au sujet des décrets du 30 juillet dernier (1) ; nous apprenons que les agrégés des Facultés de province se proposent d'en faire autant ; ceux de Montpellier ont déjà adressé au ministère une protestation analogue (1). Toute la presse médicale s'intéresse vivement à cette question et soutient chaudement les agrégés. Nous nous demandons pourquoi le grand public s'en inquiète si peu. Doit-on donc croire que les agrégés plaident en vain une si bonne cause ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BERLIN. — Les chirurgiens les plus en renom à Berlin viennent de décider la création d'une *Société des chirurgiens de Berlin.* Les noms des membres du comité de fondation sont une garantie suffisante du succès de cette nouvelle société.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le Dr A. ROUTIER, ancien interne des hôpitaux, décédé à Astaffort (Lot-et-Garonne). — M. le Dr LÖWE-KALBE, mort à l'âge de 72 ans. — M. le Dr Albert BURCKHARDT-MÉRIAU, professeur d'otologie à l'Université de Bâle.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 45.
(1) Voir *Progrès médical*, p. 1042.

© BIU Santé

VACANCES MÉDICALES. — On demande un médecin dans un chef-lieu de canton situé en Normandie, à 120 kilomètres de Paris. Pour les renseignements s'adresser aux bureaux du *Progrès médical*, de 1 heure à 5 heures.

CLIENTÈLE A CÉDER dans une jolie ville de Touraine, 8 à 12.000 francs *touchés*. Conditions très avantageuses. S'adresser au bureau du journal.

La récente communication de M. le Pr Brouardel à l'Académie de médecine, dans sa séance du 20 avril dernier, au sujet de l'impureté des diverses digitalines existant dans le commerce, démontre une fois de plus la nécessité pour le médecin de ne pas prescrire indifféremment telle ou telle digitaline.

La *Véritable Digitaline d'Homolle et Quevenne* lui offre toujours, sous la forme de *Granules* ou de *Solution*, un médicament pur, d'une activité égale et constante. Et le nouveau Codex a décidé qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la digitaline, dont on doit la découverte à Homolle et Quevenne (1), qui doit *seule* être délivrée.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT continue chaque mardi ses conférences cliniques à la consultation de la Salpêtrière. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales* : M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

HÔPITAL COCHIN. — *Médecine* : M. GOURAUD. Visite à 9 h. Consultation les lundis, mercredis, vendredis. — Salle Bichat : 4, carcinome de l'estomac ; 6, péritonite tuberculeuse ; 9, insuffisance mitrale ; 10, myélite transverse ; 12, laryngite tuberculeuse ; 14, mal de Bright ; 3, ataxie locomotrice. — Salle Lasègue : 1, asthme ; 2, ataxie locomotrice ; 5, gastrite ulcéreuse ; 6, carcinome de l'S iliaque ; 9, névralgie du radial. — Salle Trousseau (F.) : 2, rein mobile, névralgie du plexus solaire ; 4, kyste de l'ovaire ; 5, bronchite chronique, dilatation bronchique ; 6, anévrysme de l'aorte thoracique ; 6, scrofulides impétigineuses de la face et des bras ; 8, laryngite tuberculeuse ; 10, pelvi-péritonite à répétition ; 11, prolapsus de l'ovaire ; 13, polype de l'utérus, rétro-flexion ; 17, métrite du col, phlegmon du ligament large ; 18, syphilis cérébrale.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Visite à 10 heures. Consultation les mardis, jeudis, samedis. — Salle Woillez : 7, ataxie locomotrice ; 9, fièvre typhoïde à rechutes ; 11, néphrite interstitielle ; 12, cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage ; 13, artério-sclérose ; 14, convalescence de fièvre typhoïde, tuberculose au début ; 16, rhumatisme articulaire aigu ; double lésion mitrale, insuffisance aortique ; 17, 18, érysipèles de la face ; 24, lésion mitrale ; 25, rhumatisme articulaire aigu, insuffisance mitrale.

Chirurgie. — M. Th. ANGER. Visite à 9 heures. Opération les mardis et jeudis. Spéculum le samedi. Consultation tous les jours. — Salle Nélaton : 1, fracture de cuisse compliquée ; 4, mal de Pott ; 7, coxalgie ; 8, exostose du tibia ; 9, résection du genou ; 15, fracture de cuisse non consolidée, amputation ; 17, panaris gangréneux ; 19, conjonctivite granuleuse ; 23, hypertrophie de la prostate, hypospadias ; 26, double tumeur lacrymale. — Salle Chassaignac : 1, ostéo-arthrite tuberculeuse du genou ; 3, varicocèle opéré ; 6, anévrysme poplité ; 15, périostite costale ; 16, section d'un tendon fléchisseur de la main ; 17, testicule tuberculeux ; 19, fistule de la cuisse ; 21, résection du genou ; 29, épithéliome de la face. — Salle Boyer : 5, cancroïde de la face ; 6, ligature des vaisseaux fémoraux pour un anévrysme traumatique ; 8, orchite blennorrhagique ; phimosis et végétations ; 9, coxalgie ; 11, ostéo-arthrite du genou ; 14, hygroma ; 21, sarcome de la cuisse. — Salle Cochin (F.) : 2, ostéo-arthrite ancienne, pied-bot, section de tendon d'Achille ; 3, carcinome du sein ; 4, ostéo-sarcome du bassin ; 9, panaris profond ; 11, fistule du genou ; 12, abcès du sein ; 14, carcinome du sein ; 19, névrose du maxillaire inférieur ; 23, coxalgie, abcès froid malléolaire ; 24, métrite fongueuse ; 25, infection puerpérale.

Accouchements. — M. BOUILLY. Visite à 9 heures. Pavillon Velpeau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

LADAME. — Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive (Myopathie progressive primitive) (Dystrophie musculaire progressive). Brochure in-8 de 20 pages. Extrait de la *Revue de médecine*.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX. — Tome VI, rédigé sous la direction de M. M. X. ARNOZAN, secrétaire général ; SUZANNE et RABAINE, secrétaires des séances. Volume in-8 de 280 pages, avec figures. — Bordeaux, 1885. — Imprimerie G. Gounouilhou.

COTARD. — De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale. Brochure in-8 de 8 pages. — Le Mans, 1886. — Imprimerie A. Drouin.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BROUARDEL (P.). — Le secret médical. Volume in-18 de 246 pages. — Prix : 3 fr. 50.

GIROD (P.). Manipulations de botanique. Guide pour les travaux d'histologie végétale. Volume in-8 de 70 pages, avec 20 planches gravées hors texte. — Prix : 7 fr.

SOURY (J.). — Histoire des doctrines psychologiques contemporaines. — Les fonctions du cerveau, doctrines de F. GOLTZ. Leçons professées à l'Ecole pratique des Hautes études (1886). Brochure in-8 de 87 pages.

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, publié sous la direction du Dr JACCOUD. Vient de paraître le Tome XL. ZYM. Supplément. Table analytique des matières contenues dans les 40 volumes. Volume in-8 de VIII — 782 pages, avec 82 figures. — Prix : 10 fr. — Prix de l'ouvrage complet : 400 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

DUZÉA (R.). — Sur quelques troubles du développement du squelette dûs à des angiomes superficiels. Brochure in-8 de 96 pages. — Prix : 3 fr.

FILLEAU et LÉON-PETIT. — Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 2 fr.

ROLLAND (E.). — De la panophthalmie, ses causes, sa prophylaxie, son traitement. — Nouveau procédé d'extirpation de l'œil dans cette affection. Brochure in-8 de 23 pages.

VARIOT (G.). — Eléments figurés du sang, anatomie et physiologie. Brochure in-8 de 161 pages, avec 2 planches hors texte. — Prix : 4 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St.-Germain.

BRODEUR (A.). — De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein. Volume in-8 de 576 pages, avec 5 planches en chromo-lithographie et 9 figures. — Prix : 15 fr.

LALESQUE (F.). — Arcachon. Ville d'été, ville d'hiver. — Topographie et climatologie médicales. Volume in-8 de 219 pages, avec une carte hors texte. — Prix : 4 fr.

ROBERT (C.). — De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre. Brochure in-8 de 55 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie E. PLON, NOURRIT et Cie, 10, rue Garancière.

GILLES DE LA TOURETTE. — L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal. Les états hypnotiques et les états analogues, les suggestions criminelles, cabinets de somnambules et société de magnétisme et de spiritisme, l'hypnotisme devant la loi. Préface de M. le Dr BROUARDEL. Un volume in-8° de 534 pages. — Prix : 7 fr. 50

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

DUGUET. — Goitres et médication iodée interstitielle. Volume in-8 de 132 pages.

BELL (C.). — Report of classification of mental viscases as a Basis of International statistics of the insane, made do the Belgian society of mental medicine. Brochure in-8 de 14 pages. — New-York, 1886. — Chez l'auteur, 57, Broadway.

LEGE (R.-J.). — Lectures I and II ; ow the transmission of syphilis ; — Lectures III : on the carliest record of Whooping-Congh. Brochure in-8 de 29 pages — Prix : 1 fr. 25. — London, 1886. — Baillière, Tindall, and cox.

SPITZKA (E.-C.). — The intra-axial course of the auditory tract. Extrait du *New-York medical journal*. Brochure in-8 de 8 pages, avec 3 figures. — New-York, 1886.

Compte rendu du mouvement statistique de l'hôpital « Xenocrat », pendant 1883-1884. Brochure in-8 de 32 pages. — Bucharest, 1886. Imprimerie Carol Göbl.

(1) Dépôt général à la pharmacie Collas, 8, rue Dauphine.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 49. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 4 DÉCEMBRE 1886

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Névralgie et périarthralgie de l'épaule ;

Par **Albert MATHIEU.**

J'ai signalé l'an dernier, dans le *Progrès médical*(1), l'existence d'un complexus douloureux de l'épaule, dont l'analyse symptomatique me paraissait prêter à des considérations intéressantes. Si l'on cherche dans bon nombre de cas de rhumatisme de l'épaule à déterminer quels sont les points douloureux, on trouve qu'ils sont de deux ordres : les *points névralgiques* et les *points périarthralgiques*.

Les *points névralgiques*, ou plutôt *le point névralgique*, siège à l'angle interne du triangle sus-claviculaire, au-dessus de la clavicule, en arrière de l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien. En pressant assez fortement à cet endroit, on provoque une douleur souvent très vive. Or, ce point est précisément ce qu'on appelle le point d'Erb. Cet observateur a démontré, en effet, qu'en électrisant ce point particulier, on provoquait la contraction d'un groupe musculaire représenté par le deltoïde, le brachial antérieur, le biceps et le long supinateur. Duchenne (de Boulogne) avait remarqué déjà que ce groupe musculaire constitue une véritable *fédération*, souvent atteinte isolément. C'est ainsi que ces muscles peuvent être paralysés à la suite de traumatismes qui portent sur l'épaule, alors que les autres muscles innervés par le plexus brachial restent absolument indemnes.

Le grand mérite d'Erb a été de démontrer que cette autonomie relative, ce groupement pathologique d'un certain nombre de muscles de l'épaule et du bras s'expliquait par la distribution des filets nerveux dans les racines qui donnent naissance au plexus brachial (2).

Les filets nerveux destinés au groupe musculaire dont il est question, et de plus les filets destinés aux muscles sus et sous-épineux, grand rond, grand dorsal et grand pectoral, sortent de la colonne vertébrale par la cinquième et la sixième racines cervicales, ainsi qu'il résulte des dissections minutieuses entreprises par M. Féré.

Ces filets nerveux constituent en quelque sorte le département supérieur du plexus brachial. Leur trajet est incidemment indiqué par le point d'Erb. Il est donc très intéressant de relever que ce point devient douloureux dans certains cas de rhumatisme de l'épaule.

Les *points périarthralgiques* siègent aux insertions musculaires et surtout au niveau des insertions qui se font par une expansion tendineuse facilement explorable, ainsi que cela existe pour l'insertion inférieure du deltoïde qui est fréquemment le siège d'un point douloureux. D'autres points douloureux se rencontrent au-devant de l'apophyse coracoïde, au niveau de l'insertion supérieure du coraco-brachial et de la courte portion du biceps. Parfois aussi, mais non toujours, on constate un point douloureux au niveau des tendons inférieurs du biceps et de l'insertion du coraco-brachial.

Enfin, il n'est pas rare de trouver douloureux les ligaments latéraux de l'articulation du coude.

Nous avons proposé d'interpréter les choses de la façon suivante : le fait principal, primordial, c'est la névralgie, c'est l'atteinte des faisceaux supérieurs du plexus brachial. Les autres points douloureux sont sous la dépendance de l'affection des troncs nerveux; ils sont en quelque sorte de véritables maxima douloureux d'origine névralgique.

Il n'y a rien là de contraire aux notions anatomiques et physiologiques, puisque l'on sait que les tendons et les ligaments sont très richement pourvus de fibres nerveuses.

La périarthralgie serait donc la manifestation périphérique d'une atteinte des filets sensitifs du faisceau supérieur du plexus brachial.

Depuis l'époque de la publication de ce premier travail, il m'a été donné de voir des malades qui présentaient de la façon la plus nette le complexus douloureux en question.

Chez l'un d'entre eux, il y avait plus : il existait une atrophie notable du deltoïde, avec pseudo-ankylose de l'épaule par rétraction fibreuse.

Le point d'Erb était manifestement névralgique ainsi que l'insertion inférieure du deltoïde et l'insertion coracoïdienne du coraco-brachial et de la courte portion du biceps.

Souvent, du reste, le rhumatisme de l'épaule s'accompagne d'atrophie musculaire et surtout d'atrophie du deltoïde. Il ne me paraît pas douteux que ces atrophies, et même les fausses ankyloses scapulo-humérales sont souvent sous la dépendance d'une affection qui porte primitivement sur le plexus brachial dans le point où il est le plus exposé aux influences extérieures.

Un autre fait d'un autre ordre m'a démontré une fois de plus que la douleur au niveau de l'insertion des tendons musculaires pouvait être la manifestation périphérique d'une lésion nerveuse située plus haut et constituer ainsi une sorte de maximum névralgique.

Il s'agit d'un homme qui présentait des deux côtés depuis plusieurs mois de l'atrophie des deltoïdes des biceps, du brachial antérieur, du long supinateur, du trapèze, avec des contractions fibrillaires très manifestes. Il y avait eu des élancements très douloureux dans les deux épaules. Par la percussion des apophyses épineuses des vertèbres cervicales on provoquait une douleur assez vive. Les réflexes rotuliens étaient augmentés surtout à droite. En présence de cet ensemble, le professeur Charcot diagnostiqua une compression des racines médullaires, probablement par pachyméningite cervicale.

Or, chose intéressante, l'insertion inférieure du deltoïde et l'insertion supérieure du coraco-brachial et de la courte portion du biceps étaient très douloureuses à la pression : n'est-ce pas la preuve que ces douleurs à l'insertion des muscles par l'intermédiaire de faisceaux

(1) Voir *Progrès médical*, n° 32, p. 92, 1885.

(2) Voir à ce propos la thèse de Sécrétan. *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial*. Th. de Paris, 1885, et le travail très intéressant de Mlle Klumpke sur les *Paralysies radiculaires du plexus brachial* in *Revue de médecine*, juillet 1885.

© BIU Santé

fibreux, peuvent constituer une sorte de point névralgique ? Que les manifestations périarticulaires rhumatoïdes peuvent être d'origine névropathiques ? Dans ce dernier cas, du reste, la pression au niveau du point d'Erb provoquait une douleur très vive.

L'interprétation de ces faits de névralgie et de périarthralgie de l'épaule, me paraît facile. Les faisceaux nerveux réunis au point d'Erb, et que l'électrode enfoncé à ce niveau atteint si facilement, sont des faisceaux mixtes, sensitifs et moteurs. Leur situation superficielle les expose plus que tous les autres faisceaux du plexus brachial aux influences extérieures et en particulier à l'impression du froid.

On conçoit que si le froid, un traumatisme portent sur ce point spécial, particulièrement vulnérable, chez des individus prédisposés, il pourra en résulter un complexus névralgique, dont la sphère de distribution sera précisément la sphère de distribution des faisceaux nerveux réunis à ce point. De là, à notre sens, la douleur à l'insertion du deltoïde, du coraco-brachial, du biceps, etc. La douleur au point d'Erb est en quelque sorte le point central de cette névralgie, les autres points en sont les points périphériques.

On comprend que si l'action des agents extérieurs est plus profonde, plus intense, il pourra se produire des accidents plus graves, de l'atrophie musculaire, une prolifération conjonctive qui amène une fausse ankylose de l'articulation. Ce sont là des troubles trophiques de l'ordre de ceux que l'on peut attendre de la lésion de troncs nerveux. On comprend aussi que la situation des filets nerveux de la partie supérieure du plexus brachial, étant également superficielle des deux côtés, il puisse y avoir coïncidence de semblables manifestations à droite et à gauche. Cette symétrie ne serait donc pas un argument en faveur de l'origine centrale, rachidienne ou périmédullaire des lésions.

A ce point de vue, l'observation suivante est intéressante ; elle montre en quelque sorte avec un complexus névralgique et périarthralgique très net d'un côté, une ébauche de ce complexus du côté opposé.

M. A..., âgé de 35 ans, employé au chemin de fer de l'Est, est un névropathe manifeste. Il présente de fréquents accès de gastralgie, de la flatulence gastro-intestinale et de la constipation. L'estomac est un peu dilaté.

Depuis quelque temps il est atteint d'une aphonie qui a été attribuée dans le service du professeur Proust, à une paralysie simple des cordes vocales.

Le 13 mai il se présente à nous accusant une douleur dans l'épaule gauche, assez vive pour gêner considérablement les mouvements. Cette douleur a été constatée au réveil, le matin de l'avant-dernière nuit.

Il y a dans tout le moignon de l'épaule des élancements douloureux, et dans leurs intervalles une sensation d'endolorissement, d'engourdissement. Les mouvements sont très limités par la douleur.

A l'exploration de l'épaule, on ne constate ni rougeur, ni tuméfaction. Il y a des points douloureux au niveau du point d'Erb, (point très marqué), de l'attache inférieure du deltoïde, de l'apophyse coracoïde et au niveau de la partie inférieure du biceps.

A droite, le point d'Erb est également douloureux, mais beaucoup moins qu'à gauche. On ne rencontre pas, du reste, de douleur aux insertions musculaires de ce côté. Pas de douleur à la percussion des apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

L'application du chlorure de méthyle produit une amélioration immédiate ; c'est, du reste, je l'ai dit déjà, le remède par excellence de ces manifestations périarthralgiques. Le succès est plus étonnant encore que dans le traitement de la sciatique.

Il est à remarquer que le plus souvent les trois points douloureux les plus nets sont le point d'Erb, l'insertion inférieure du deltoïde et l'insertion coracoïdienne du biceps. Il est possible que les filets nerveux destinés à ces insertions soient de tous les plus superficiels.

D'autre part, à côté du point d'Erb, il existe des points tout voisins dont l'électrisation provoque la contraction d'autres groupes musculaires. Le point d'Erb est situé à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la clavicule, le long du bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien.

« D'autres points d'électrisation se trouvent dans le creux sus-claviculaire, si on porte avec Erb l'électrode olivaire plus en dehors et plus profondément, on obtient la contraction de tous les muscles innervés par le radial, sauf le long supinateur. Par l'électrisation d'un point situé encore plus en dehors et en bas, on obtient une contraction ordinairement simultanée des nerfs cubital et médian. » (A. Klumpke.)

On voit donc que si l'impression extérieure que nous soupçonnons déborde le point d'Erb, il pourra y avoir des variations plus ou moins étendues dans la répartition des points douloureux sous-jacents.

Quelques propositions peuvent résumer notre façon de voir :

1° Dans ce qu'on désigne sous le nom de rhumatisme ou d'arthralgie scapulo-humérale, on peut souvent par l'analyse clinique distinguer deux ordres de maxima douloureux : un maximum au point d'Erb (maximum névralgique) ; d'autres maxima se trouvent aux insertions tendineuses des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur. Parfois aussi les ligaments articulaires sont douloureux. (Maxima périarthralgiques).

2° Ces maxima périarthralgiques sont d'origine névralgique.

3° Quand les nerfs sont plus fortement atteints, il peut y avoir des troubles trophiques qui consistent surtout dans l'atrophie musculaire et la pseudo-ankylose fibreuse, par prolifération et épaississement du tissu cellulaire qui entoure l'articulation.

4° La situation superficielle des filets nerveux qui innervent le groupe musculaire de Duchenne-Erb est peut-être la cause de la fréquence de ce complexus. Cette situation les expose à l'action des agents extérieurs : refroidissement, traumatismes, compression, etc.

Au point de vue de la sensibilité, le complexus névralgique et périarthralgique de l'épaule est l'équivalent du complexus myopathique qui résulte de la lésion des filets moteurs du même faisceau nerveux, et se traduit par la paralysie du groupe musculaire de Duchenne-Erb.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hématocèle spontanée de la tunique vaginale. Guérison par l'incision et le pansement de Lister ;

Par le Dr FERRET.

L'hématocèle vaginale est assez commune, et son histoire clinique est aujourd'hui bien établie. La question de thérapeutique, seule, n'est peut-être pas formulée d'une façon suffisamment nette dans les auteurs même les plus récents. M. Duplay, dans son *Traité de Pathologie*, fait d'abord observer que certains cas simples peuvent être traités avec succès de la même façon que l'hydrocèle.

© BIU Santé

Puis, dans le cas où la vaginale est très épaissie, il préconise la décortication ou la castration, tout en faisant remarquer que ces opérations sont inapplicables lorsqu'il s'agit de ces anciennes hématocèles, dont les parois sont devenues tellement épaisses que le testicule atrophié a pour ainsi dire complètement disparu (1).

Le cas dont je rapporte ici l'observation se présentait précisément dans ces conditions défavorables. Et ce qui m'a déterminé à le publier, c'est la facilité avec laquelle la guérison a été obtenue par une opération très simple.

Observation. — R..., âgé de 32 ans, entre à l'hôpital de Meaux, le 20 septembre 1883, pour se faire opérer d'une tumeur du scrotum dont le début remonte à 6 ans. Cette tumeur s'est développée lentement du côté gauche, sans retentissement sur l'état général et sans envahir les ganglions. Elle n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression, et gêne seulement le malade par son poids et son volume. Elle est ovoïde, à grosse extrémité inférieure et mesure dans ses diamètres vertical et transverse 20 et 12 centimètres.

La peau distendue est saine et glisse facilement sur la tumeur. Tous ces signes joints à une fluctuation manifeste ainsi qu'à l'absence de transparence, font porter le diagnostic d'hématocèle, que vient confirmer la ponction qui donne issue à un liquide épais et rouge brun. Le lendemain, je pratique l'opération suivante : A la partie antérieure de la tumeur et suivant son grand axe, je fais une incision d'environ 15 centimètres qui donne issue à 500 gr. d'un liquide semblable à celui qu'avait donné la ponction. Cette large incision permet de se rendre un compte exact de l'état de la tunique vaginale. Son épaississement et son induration sont tels que le scrotum se trouve constitué par un tissu dense et fibreux dont l'épaisseur atteint deux centimètres. En explorant la cavité de la vaginale avec la plus grande attention, on ne trouve nulle part trace ni du cordon, ni du testicule. Ces organes atrophiés et aplatis sont confondus dans la paroi, et on ne peut déterminer la position occupée par le testicule que par la douleur caractéristique causée par la pression en un point limité de cette paroi.

A la partie supérieure, au niveau de l'anneau inguinal, le doigt pénètre dans un diverticule de la cavité vaginale jusqu'à une profondeur de 8 centimètres. Toute cette cavité est lavée largement avec la solution phéniquée au 20e. La plaie opératoire est suturée ; un drain est placé dans l'angle inférieur, et on recouvre le scrotum d'un pansement de Lister. La compression par les éponges devenait dans ce cas un des temps les plus importants du pansement ; en raison de ce fait que les parois du scrotum indurées n'avaient aucune tendance au rapprochement, et constituaient au contraire une large cavité à parois rigides.

A la suite de cette opération, le malade n'eut jamais ni élévation de la température, ni perte d'appétit, ni douleur. Le 23, on renouvelle les pièces de pansement qui sont mouillées par un écoulement abondant de liquide. Le 26, nouveau pansement ; écoulement insignifiant par le drain ; tension et rougeur de la peau au niveau des fils qui sont coupés et laissés en place. Le 28, les fils sont retirés ; la plaie est réunie dans toute son étendue. L'adhésion des parois de la cavité vaginale est parfaite, et il ne reste plus que le trajet du drain qui est supprimé.

Le 30, en renouvelant le pansement, on fait sortir par la pression, au niveau du trajet du drain, quelques gouttes d'un liquide puriforme.

La compression est établie avec plus de soin, et pour hâter la cicatrisation de ce trajet qui tendrait à rester fistuleux, on y injecte à deux reprises quelques gouttes de teinture d'iode. La guérison est complète le 14 novembre, et, à ce moment, la partie gauche est à peine plus grosse que la droite.

Conclusions. — Dans ces cas, avec la fusion intime des tuniques du scrotum entre elles et avec le testicule, il n'y avait pas à songer ni à la castration ni à la décortication. L'opération pratiquée est d'ailleurs moins grave et moins compliquée que ces dernières, et le résultat a été favorable malgré le retard dans la guérison causé par un drainage défectueux. Il aurait fallu retirer le drain beaucoup plus tôt pour éviter la formation de ce trajet organisé.

(1) Voir une communication au dernier *Congrès de Chirurgie* sur ce sujet par M. Tedenat. *Progrès médical*, n° 44, p. 908.

CLINIQUE MÉDICALE

De la température dans les accès isolés d'épilepsie ;

par **BOURNEVILLE** (*Suite*) (1).

Les *trente cas* que nous avons publiés dans le dernier numéro du *Progrès médical* confirment la règle, à savoir que, en général, *l'accès isolé d'épilepsie produit une élévation de la température centrale.* Voici encore une nouvelle série de 30 cas qui, jointe à la précédente, aura plus de poids, nous l'espérons, aux yeux de tout le monde, que les assertions générales, sans faits à l'appui, de notre contradicteur M. Witkowski :

NUMÉROS.	NOMS.	TEMPÉRATURES RECTALES PRISES au moment de la période de stertor.	un quart d'heure après l'accès.	deux heures après l'accès.
31	Vale...	37°,7	37°,5	37°,4
32	Gonthi...	37°,6	37°,2	36°,9
33	Caupa...	37°,7	37°,7	37°,5
34	Chevali...	38°,1	38°,1	37°,9
35	Arper...	38°,5	38°,2	37°,9
36	Blomach...	37°,2	37°,»	36°,8
37	Liabau...	37°,6	37°,4	36°,9
38	Tribo.	37°,9	37°,9	37°,1
39	Courch...	38°,6	38°,4	38°,» (2)
40	Ledou...	37°,8	37°,7	37°,5
41	Joussel...	37°,7	37°,7	37°,4
42	Lezau...	37°,2	37°,»	37°,»
43	Auberg...	38°,6	38°,»	37°,9
44	Ouelar...	37°,8	37°,8	37°,5
45	Joliat...	37°,2	37°,4	37°,4 (3)
46	Cop...	37°,4	36°,4	37°,2 (4)
47	Vitur...	38°,5	37°,4	36°,4 (5)
48	Delaco...	37°,8	37°,6	37°,» (6)
49	J. Lebru...	38°,»	37°,8	37°,4
50	Harte...	38°,»	37°,6	37°,4
51	Pino...	38°,»	37°,6	37°,2
52	Fourni...	38°,»	38°,»	37°,5 (7)
53	Brouke...	37°,8	37°,4	37°,»
54	Marqu...	38°,2	37°,8	37°,6
55	Rué.	37°,3	37°,»	36°,7
56	Mori...	37°,8	37°,7	37°,6
57	Chedev...	36°,8	56°,7	36°,7
58	Toule.	37°,2	37°,6	37°,3
59	Lamb.	37°,3	37°,2	37°,1
60	Lallema	38°,7	38°,3	38°,» (7)

(1) Voir le n° 48, p. 1029.

(2) La température prise un autre jour a donné les chiffres suivants : 38°,3 ; — 38°,1 ; — 36°,8. (Voir n° 3 du tableau).

(3) Accès d'intensité très modérée.

(4) La température prise un autre jour a donné des résultats analogues. — Une troisième expérience a donné : 38° ; — 37°,8 ; 36°,2. — Une quatrième : 37°,2 ; — 38°,8 et 37°.

(5) La température prise un autre jour a donné : 37°,6 ; — 37°,2 ; — 36°,4 ; une autre fois : 37°,6 ; — 36°,8 ; — 36°,8 ; — une autre fois : 38°,4 ; — 37°, et 37°,8.

(6) La température prise 4 heures et demie plus tard après un second accès a donné : 38°, ; — 38°, ; — 37°,5.

(7) Chez le malade Taes... (n° 21 du tableau) la température prise un autre jour a donné : 38°,6 ; — 37°,8 ; — 37°,4. — Chez Gonthi... (n° 4 du tableau), nous avons enregistré une autre fois : 38°,3 ; — 38°,4 et 37°,9. — Chez Vele... (n° 5 du tableau), nous avons enregistré après *un* accès, dans une deuxième expérience : 39°,2 ; — 38°,9 et 38° ; — dans une troisième : 39°,3 ; — 39° et 37°,9 ; — dans une quatrième : 39° ; — 38°,7 et 38°. (Nous devons ajouter que l'exactitude de nos thermomètres a été vérifiée).

© BIU Santé

Au début de son travail, M. Witkowski exprime le regret que l'existence « des hautes températures qui s'observent souvent chez les épileptiques dans des circonstances où, en dehors de la névrose, on ne peut constater aucune autre cause de fièvre » n'ait jusqu'à présent trouvé que « peu d'accès dans le bagage général d'expérience du médecin. » Il continue ainsi :

« Et cependant ce fait mérite qu'on y consacre toute son attention. Et cela non seulement parce que, le sachant, le médecin devient capable d'interpréter avec toute l'exactitude désirable, bien des hyperthermies, demeurées jusque-là énigmatiques et par suite d'en tirer des conclusions diagnostiques et thérapeutiques légitimes, mais encore parce qu'il fournit des indications pronostiques dont l'appréciation permet au praticien de prédire, en présence de certains processus, avec toute la certitude et toute la circonspection qu'exige la situation devant le public. Aucun des traités de pathologie, de neurologie, de psychiatrie parus, certes, en abondante quantité, dans ces dernières années n'a traité la question et ses rapports d'une manière satisfaisante... *Si l'on a négligé ce sujet*, ajoute-t-il, *la faute en est en partie probablement, aux indications exagérées des auteurs français et en particulier à l'Ecole de Charcot...* »

En d'autres termes les médecins, confiants dans les indications données par l'Ecole de la Salpêtrière, ont eu le tort de ne pas procéder à de nouvelles recherches et la conséquence en est d'autant plus grave que M. Charcot et nous, nous leur avons fait accepter des *indications exagérées* et que de la sorte nous avons nui aux progrès de la science. Eh bien, n'en déplaise à M. Witkowski, nous avons la conviction que nous n'avons pas démérité. Sur le premier point : *augmentation de la température centrale* sous l'influence des *accès isolés d'épilepsie*, les SOIXANTE FAITS que nous venons de placer sous les yeux de nos lecteurs répondent à ses critiques de la manière la plus démonstrative (1). Nous espérons faire, toujours en nous appuyant sur des faits précis, une démonstration aussi nette, en ce qui concerne les *petites séries d'accès* et l'*état de mal épileptique*.

CONCLUSIONS. — 1° *Les accès isolés d'épilepsie augmentent la température centrale; — 2° Cette augmentation varie entre un dixième de degré et un degré quatre dixièmes ; elle est en moyenne de 5 à 6 dixièmes de degré.*

(1) Les exceptions à la règle sont extrêmement rares. Nous n'en avons rencontré que quatre sur 64 malades : 1° Derou..., 37° et deux heures après 37°,3 ; — une autre fois : 37°,2 ; — 37°,1 ; — 37°,3 ; — 2° Marq... : 37°,3 et deux heures après 37°,5; — 3° Gach... : 37°,2 et deux heures après 37°,2 ; — 4° Franco... : 36°,7 ; — 37°,5 ; — 37°,8. — Chez le malade Chédev... (n° 57), nous avons noté une autre fois : 37°,9 au bout de deux heures.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur Vaillant ouvrira le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 2 décembre 1886, à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera, à la même heure, les samedis, mardis et jeudi suivants. Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des reptiles, tant de l'époque actuelle que fossiles, en s'attachant plus particulièrement à l'étude des *Lacertilia* (caméléons, lézards) et à la connaissance des espèces utiles ou nuisibles, de celles employées dans l'industrie ou l'économie domestique, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie. — M. le professeur Van Tieghem commencera le cours de botanique (organographie et physiologie végétales), le samedi 4 décembre 1886, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Il traitera des éléments de la botanique générale. Des leçons pratiques auront lieu le jeudi au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les décrets du 30 juillet et les agrégés des Facultés de médecine : M. Goblet s'amuse (1).

Nos lecteurs sont au courant de la grave question des agrégés des Facultés de médecine : nous avons, dans le *Numéro des Étudiants*, publié un long article exposant la situation faite aux agrégés par les néfastes décrets du 30 juillet et faisant toucher du doigt les conséquences désastreuses qui doivent forcément s'ensuivre. Nous avons la certitude d'avoir envisagé la question sous son jour véritable et nous en voyons la preuve dans l'accueil particulièrement favorable qui a été fait à notre article que bon nombre de nos confrères, même de la presse politique, ont reproduit partiellement; nous en trouvons une preuve encore plus convaincante, et pour nous bien plus encourageante, dans les nombreuses marques d'approbation que nous ont fait parvenir les agrégés de Paris ou de province.

Nous avons également publié les premiers le texte authentique de la protestation que les agrégés de la Faculté de Paris ont adressée, par voie hiérarchique, au ministre de l'Instruction publique ; plus récemment, enfin, nous avons reproduit la protestation plus platonique des agrégés de Montpellier.

La campagne que nous nous félicitons d'avoir été les premiers à entreprendre, en même temps que notre vaillant confrère de la *Tribune médicale*, le Dr V. Laborde, n'a donc pas été vaine. L'agitation s'est propagée et les agrégés de trois Facultés (Paris, Lyon, Montpellier) ont eu la bien légitime audace de dire à M. le Ministre — respectueusement, comme il convient, mais avec une suffisante énergie — ce qu'ils pensaient de ses réformes rétrogrades. Qu'est-il résulté de tout cela? C'est ce que nous voulons rechercher.

Le vendredi 26 novembre, les agrégés de la Faculté de Paris étaient convoqués en assemblée pour entendre lecture d'une lettre du ministre, en réponse à leur protestation. Cette lettre exprimait en substance la surprise ressentie par M. Goblet au reçu de la protestation; le ministre ne s'était pourtant proposé d'autre but que de relever la situation morale des agrégés et ceux-ci ne tarderaient pas à reconnaître et à proclamer ses bienfaits.

Cette candide réponse nous donne une haute idée du cas que le ministre fait des agrégés ; quelque ironique qu'elle soit, elle est du moins polie. Par malheur, si nos renseignements sont exacts, la réponse faite aux agrégés de Lyon n'aurait pas été rédigée avec une égale modération et constituerait une véritable impertinence: le ministre, respectueusement prié de s'expliquer, n'aurait rien trouvé de mieux que de dire qu'il ne reconnaissait pas la Société des agrégés !

Il paraît donc que la situation morale des agrégés se trouve relevée. Ce passage de la lettre ministérielle fait allusion à certains articles du décret du 28 décembre 1885, décret dont on était en droit d'attendre d'heureux résultats et qui, par une interprétation digne de Loyola, s'est trouvé être une arme à deux tranchants. Puisque relèvement il y a, voyons en quoi il consiste.

Le décret en question institue un rouage nouveau,

(1) Voir les nos 32, 45 et 48.

© BIU Santé

l'Assemblée de la Faculté. Celle-ci diffère du Conseil de la Faculté en ce que, en outre des professeurs titulaires, qui seuls font partie de ce dernier, elle comprend « les agrégés chargés soit d'un enseignement rétribué sur les fonds du budget, soit de la direction des travaux pratiques, les chargés de cours et maîtres de conférences pourvus du grade de docteur. Elle délibère sur toutes les questions qui se rapportent à l'enseignement de la Faculté, notamment sur les programmes des cours et conférences, la distribution des enseignements et les cours libres, et sur toutes les questions qui lui sont renvoyées par le Ministre et par le Conseil général des Facultés. »

C'est la première fois que les agrégés sont appelés à prendre part aux délibérations de la Faculté et, pour qui ne connaît pas le fond des choses, on semble en effet avoir, par cela même, « relevé leur situation morale. » Eh bien! ce n'est là qu'un leurre et qu'une duperie. Nous n'admettons pas, tout d'abord, l'exclusion systématique des agrégés non chargés d'un enseignement: en quoi ont-ils démérité? Et pourquoi, s'ils font un cours pendant un semestre seulement, ne les juge-t-on dignes de faire partie de l'Assemblée que six mois par an? D'autre part, l'Assemblée n'a et ne peut avoir aucune importance, car l'agrégé n'a pas le choix des matières qui doivent être enseignées par lui, non plus que celui des heures ou jours à sa convenance. Le professeur « s'entend » avec l'agrégé, c'est-à-dire lui impose un programme, auquel celui-ci est tenu de se conformer. Les questions qui intéressent le plus directement les agrégés sont donc déjà jugées avant que d'avoir été mises, pour la forme, en délibération. En raison de l'élimination réglementaire de la plupart d'entre eux, les agrégés ne sont du reste, au sein de l'Assemblée, qu'une infime minorité réduite à l'impuissance. J'ajoute que l'Assemblée ne connaît d'aucune question, en dehors de celles qui sont relatives à l'enseignement: or, nous venons de constater de quelle façon ces dernières étaient étudiées. Nous ne voulons point récriminer contre cet état de choses, car il nous semble juste que le professeur choisisse son programme, laissant à l'agrégé le soin de traiter les parties dont il ne s'occupe point lui-même.

Voilà donc ce qu'on appelle, en style ministériel, relever la situation morale des agrégés. Nous n'hésitons pas à déclarer que l'Assemblée, telle que l'institue le décret du 28 décembre 1885, est un rouage inutile; on pourrait néanmoins en faire une excellente institution, si elle comprenait la totalité des agrégés en exercice et si ses pouvoirs étaient plus étendus.

Les agrégés ont sans doute bien mauvais caractère, car ils ne savent aucun gré à M. le ministre de sa touchante sollicitude à leur égard. Leur protestation portait sur les décrets du 30 juillet, c'est-à-dire sur la transformation de cours payés en conférences non payées, au mépris des engagements les plus sacrés; on leur répond en leur parlant du décret du 28 décembre et de l'Assemblée de la Faculté. En vérité, M. le ministre a voulu rire (1).

BOURNEVILLE.

(1) La situation actuelle ne saurait se prolonger sans faire encourir à l'enseignement supérieur les plus graves dangers. Nous publierons très prochainement une série d'articles sur l'agrégation; nous étudierons quelles réformes il est urgent d'introduire dans cette institution, dont le principe est excellent. Nous serions reconnaissant à ceux de nos lecteurs qui voudraient bien nous communiquer leurs vues à cet égard.

L'Enseignement clinique de l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous sommes, cette année, un peu en retard pour annoncer l'ouverture des leçons cliniques de l'hôpital des Enfants-Malades. Quelques-unes de ces leçons, entre autres celles de MM. Grancher, Descroizilles, Simon, ont lieu depuis quinze jours déjà. Mais d'autres ont été un peu plus tardives et nous avons préféré attendre une semaine afin de pouvoir présenter à nos lecteurs un compte rendu d'ensemble. L'hôpital des Enfants constitue, à l'heure actuelle, un remarquable centre d'instruction. L'enseignement officiel et l'enseignement libre y vivent côte à côte et ces deux frères ennemis y font contre l'ordinaire bon ménage. Les cours de clinique médicale sont en ce moment au nombre de quatre. Ce sont ceux de MM. Grancher, Descroizilles, Ollivier et Simon. La Clinique chirurgicale y est professée — on sait avec quel talent pratique et quelle bonne humeur — par M. de Saint-Germain. Nous n'essaierons pas de rendre compte des leçons faites jusqu'ici. Une analyse forcément abrégée ne rendrait que le canevas de ces leçons cliniques sans montrer les détails d'expérience personnelle, d'applications pratiques qui en font la très grande valeur. Nous nous contenterons donc d'indiquer parmi les sujets traités : l'adénopathie bronchique et le mal de Pott (M. Grancher) ; l'hydrocéphalie, la tuberculose infantile et l'athrepsie (M. Descroizilles) ; le diagnostic de la méningite et de la fièvre typhoïde (M. Ollivier) ; la claudication (M. Simon) ; les pieds-bots et les résections orthopédiques (M. de Saint-Germain). Aux leçons magistrales s'ajoutent d'ailleurs de nombreuses conférences faites à la consultation ou au lit des malades.

Faculté de médecine : Conférences de pathologie externe. — Ouverture du cours de M. Richelot.

Le vendredi 26 novembre, à quatre heures, M. RICHELOT a commencé des conférences de pathologie chirurgicale dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté.

On a beau appeler conférences, pour faire plaisir aux décrets, ce que MM. les agrégés font à la Faculté : il n'en est pas moins vrai qu'ils continuent, comme par le passé, comme si on ne leur avait point rogné leurs appointements, à faire un cours analogue à ceux d'autrefois, aussi pratique que possible, et qui n'en sera pas moins utile aux étudiants de cette année qu'à ceux des années passées. Presque sans préambule, M. Richelot a abordé l'étude des maladies chirurgicales des os et des articulations, en commençant par l'ostéite qu'il a décrite avec tous les détails nécessaires, élagant tout ce qui n'est pas indispensable à connaître. Dans les leçons suivantes qui auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à la même heure, il fera la description des maladies des vaisseaux, des nerfs, de la peau et du tissu cellulaire ; enfin, il terminera par celle des affections des muscles et des tendons.

Il nous a semblé qu'il y avait assez peu d'auditeurs, — comparativement au moins, — au cours de M. Richelot, dont la facilité d'élocution et la clarté d'exposition sont

© BIU Santé

cependant connues de tous. A quoi cela tient-il? Pourquoi le jeune professeur est-il un peu délaissé cette année? Ce titre de conférences aurait-il effrayé les étudiants? Ce changement dans l'étiquette du cours a-t-il donc une grande importance à leurs yeux? Ont-ils peur d'être interrogés? Qu'ils aillent à la Faculté et ils pourront constater qu'il n'y a rien de changé, sauf la dénomination. Les agrégés continuent à faire leurs leçons aussi brillamment; il n'y a que leur rétribution qui devienne moins brillante. Les étudiants, futurs agrégés, ne devraient pas se désintéresser d'une pareille question; ils ne feraient que leur devoir en allant applaudir ceux qui, malgré tout, sans espoir de récompense, s'efforcent de leur faciliter la tâche.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. CHAUVEAU annonce les résultats de ses expériences sur *la Glycose, le Glycogène, la Glycogénie, en rapport avec la production de la chaleur et du travail mécanique dans l'économie animale*. Une partie de ces recherches a été faite en collaboration avec son asistant, M. KAUFMANN. M. Chauveau insiste tout d'abord sur la perte du glycose subie par le sang en passant des artères dans les veines. C'est dans le lieu même où cette perte s'effectue, c'est-à-dire dans les capillaires de la circulation générale, que se passent les phénomènes de combustion, source de la chaleur animale; ce rapprochement autorise l'idée de faire jouer un rôle considérable dans la production de ces phénomènes à l'oxydation, soit directe, soit indirecte de de la glycose qui disparaît au moment où ils se produisent. D'ailleurs, en comparant le sang de deux organes dont l'activité thermogène, à l'état physiologique, est très-inégale, on constate toujours que la destruction incessante de la glycose est beaucoup plus active dans celui de ces organes où les combustions organiques le sont elles-mêmes davantage; en d'autres termes, la quantité de chaleur produite au sein des tissus animaux, toujours proportionnelle à l'intensité des combustions, se montre également en rapport avec l'absorption de la glycose du sang dans le système capillaire. En étudiant comparativement les muscles et les glandes, les expériences montrent en effet que les combustions (oxygène absorbé et acide carbonique formé) sont près de cinq mois plus active dans le masséter que dans la glande parotide, que, d'autre part, la destruction de glycose est cinq fois plus forte dans le premier de ces organes que dans le second. L'absorption de glycose dans les capillaires pendant la transformation du sang artériel en sang veineux est donc bien en rapport avec l'activité respective des combustions concomitantes dans les différents organes.

M. AUDOYNAUD présente quelques observations sur le *plâtrage des vendanges*.

M. CANU décrit un nouveau genre de *Copépode parasite*.

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. RETTERER lit une note sur le *développement et la structure des amygdales chez l'homme*.

M. Ch. RICHET remet une note de MM. FONTAN et SÉGARD sur la suggestion employée comme moyen de traitement dans les maladies.

M. Ch. RICHET lit une note de M. C. PAUL, dans laquelle cet auteur prend date pour des expériences qui ont pour but de déterminer chez l'homme les variations du poids par rapport avec les actes physiologiques habituels. Cet auteur aurait même trouvé que l'individu en expérience augmenterait parfois de poids dans le courant de la journée, en dehors de l'ingestion de substances alimentaires ou autres.

M. d'ARSONVAL poursuit des expériences presque analogues sur des animaux depuis près d'un an et demi. Il les communiquera bientôt à la Société. Sans réclamer la priorité, car le sujet est un peu différent, il s'inscrit déjà contre les derniers résultats obtenus par M. C. Paul.

M. BEAUREGARD remet une note de M. BOVIER-LAPIERRE sur le mode de préhension et d'alimentation des Noctiluques.

M. le PRÉSIDENT annonce qu'il a reçu une note de M. ARLOING sur le *mode de dégénération et les centres trophiques des nerfs*.

M. LABORDE présente une canule modifiée par M. Verdin pour la trachéotomie expérimentale chez le chien.

M. A. ROBIN a entrepris une série de recherches qui ont eu pour but d'élucider le meilleur mode thérapeutique à adopter dans le traitement des fièvres, et de la fièvre typhoïde en particulier. Au moyen d'investigations cliniques, il a pu établir que, contrairement à l'opinion admise, les oxydations sont diminuées, non pas augmentées dans les pyrexies. Il en tire cette conclusion que la médication antipyrétique va contre les indications fournies par la nature elle-même. Passant en revue les divers antifébriles, il condamne l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, et particulièrement celui de l'antipyrine. Ces médicaments diminuent les oxydations et augmentent la production de l'acide urique. Il complétera ultérieurement sa communication.

La société se formant en *comité secret*, MM. DUBOIS et GRIMAUX réservent leur réponse à M. Robin.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

Suite de la discussion sur le vinage.

M. ROCHARD, rapporteur de la commission, apporte aujourd'hui de nouvelles conclusions, établies dans un but conciliant et basées sur les objections qui ont été faites par divers membres de l'Académie. La commission avait tout d'abord voulu se montrer radicale en proscrivant le vinage d'une manière absolue. Quoi qu'il en soit, tout le monde est d'accord quant au fond: « Nous sommes tous convaincus de la nécessité de mettre un frein aux ravages de l'alcoolisme: tous nous pensons pouvoir attribuer en partie ce fléau à l'emploi de plus en plus fréquent des vins suralcoolisés avec des alcools de mauvaise qualité. Tous nous voulons empêcher les fraudes qui se produisent; nous voulons faire en sorte qu'on puisse arrêter à la frontière ces vins étrangers de qualité inférieure surajoutés d'alcools détestables, qui entrent en France pour y être dédoublés, mouillés et livrés à la consommation dans des débits dont le nombre va toujours croissant. » Voici la formule nouvelle que la Commission propose aux suffrages de l'Académie: 1° Le vinage ou alcoolisation des vins, à l'aide d'alcool pur et ne dépassant pas deux degrés, peut-être toléré, mais en dehors de ces conditions il doit être absolument interdit. 2° Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et souvent par la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin, mais encore parce qu'il permet de pratiquer le mouillage qui est à la fois une fraude et une falsification. 3° Les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs. 4° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

M. RICHE se demande comment on pourra s'assurer qu'on n'a ajouté que deux degrés d'alcool.

M. GAUTIER estime que la consommation des vins faibles implique l'autorisation du vinage dans une sage proportion. Il vaut mieux viner nos vins que de nous exposer à

© BIU Santé

boire des vins étrangers survinés. Il est possible enfin de se rendre compte du degré d'alcoolisation, dans une limite de trois degrés, étant donnés les rapports qui existent entre la proportion de certains principes dissous et l'alcool naturel du vin.

M. Vallin trouve irrationnelle la conclusion de la Commission qui autorise l'addition de deux degrés d'alcool aussi bien au vin qui marque treize degrés qu'au vin qui n'en marque que quatre.

M. Gautier déclare, en effet, qu'on pourrait spécifier que le vinage n'est autorisé que pour les vins ne dépassant pas douze degrés.

M. Rochard pense que l'Académie doit se maintenir sur le terrain de l'hygiène. Or le vinage est détestable et devrait être proscrit. Néanmoins, pour ne pas être trop préjudiciable aux intérêts des vignerons honnêtes, dont les vins sont trop faibles pour se conserver, la Commission a estimé qu'il fallait laisser la latitude d'ajouter à ces vins une certaine quantité d'alcool pourvu que cette addition ne porte pas atteinte à la santé. En un mot, elle autorise le vinage, mais proscrit le survinage. En cas de fraude, c'est au gouvernement qu'il incombe de prendre les mesures qu'il jugera utile.

M. Gallard propose de remplacer la première conclusion par le contre-projet suivant: l'Académie se plaçant, comme en 1870, au point de vue exclusif de l'hygiène, est toujours d'avis que le vinage consistant dans l'addition à un vin naturel d'une certaine quantité d'alcool parfaitement pur, est une opération qui n'expose à aucun danger la santé du consommateur, si la quantité d'alcool ajouté ne donne pas aux vins ainsi traités une force alcoolique supérieure à celle des vins naturels. » Cette proposition mise aux voix est rejetée.

Les trois premières conclusions de la Commission sont successivement mises aux voix et adoptées.

A l'occasion de la quatrième conclusion, M. Vidal propose de lui substituer la rédaction suivante: « L'Académie, constatant l'extension rapidement croissante des maladies engendrées par l'alcoolisme, appelle l'attention des pouvoirs publics sur ce péril social. »

M. Le Fort propose à l'Académie de substituer les mots « débits de boissons » au mot « cabaret. »

La quatrième conclusion, modifiée par M. Le Fort, est mise aux voix et adoptée.

M. Roger lit un *rapport* sur le prix de l'*Hygiène de l'Enfance*.

M. de Villiers donne lecture de son *rapport* sur les travaux adressés à la Commission de l'Hygiène de l'Enfance.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 2 juillet 1886. — Présidence de M. Cornil.

2. M. Cornil présente des dessins représentant une coupe d'une *tumeur du sein* peu commune et habituellement confondue avec le cancer encéphaloïde. Les canaux galactophores y sont entièrement dilatés et remplis de végétations énormes, portant des bourgeons secondaires souvent anastomosés entre eux. Des travées fibreuses minces séparent les énormes alvéoles ainsi constitués. Les végétations et bourgeons remplissent ces alvéoles et s'insèrent généralement en deux ou trois points à leur paroi. Avec un plus fort grossissement on reconnaît qu'ils sont formés de tissu conjonctif revêtu d'un épithélium cylindrique à deux ou trois couches. Dans les cavités anfractueuses qui existent entre les végétations on trouve souvent du mucus concret se colorant en jaune par le picro-carmin; ailleurs des masses verdâtres composées de corpuscules granuleux de Glüge avec des cellules épithéliales en dégénérescence muqueuse. On y voit aussi des cristaux d'acides gras; assez souvent on constate à l'extrémité libre des cellules cylindriques de revêtement des globes de mucus qui s'en détachent. Il n'y a pas d'autre lésion dans les tumeurs de ce genre. La dissociation de la pièce fraîche permet d'extraire des cavités kystiques les masses bourgeonnantes qui sont souvent longues et envoient des branches dans les ramifications du canal galactophore.

Comment classer ces tumeurs? On pourrait leur appliquer la dénomination de kyste, d'adénome, d'épithéliome, de papillome et même de carcinome. Elles se rapprochent d'une variété de tumeurs du corps thyroïde décrites par M. Cornil sous le nom d'épithéliomes, et comme papillomes par d'autres auteurs. Dans ce cas, les ganglions sont pris; ils le sont également dans les tumeurs du sein en question. Dans le manuel de MM. Cornil et Ranvier, le nom de carcinome leur est appliqué parce qu'on avait trouvé des cellules épithélioïdes dans les espaces lymphatiques au voisinage des kystes. M. Cornil propose aujourd'hui le nom d'*épithéliome papillaire* qui lui paraît être le meilleur.

M. Darier: Dans les tumeurs que M. Cornil vient de décrire, les végétations dans les canaux galactophores dilatés constituent toute la lésion. Mais, dans la plupart des tumeurs du sein, on peut rencontrer de ces végétations intracanaliculaires, dans les épithéliomes, les carcinomes et les sarcomes. On en trouve même dans les tumeurs dites bénignes, telles que les fibromes, et, ainsi que M. Malassez l'a indiqué souvent, leur présence change le pronostic de ces tumeurs. Les couches multiples d'épithéliums qui recouvrent les végétations attestent une tendance de mauvais augure à la prolifération épithéliale; l'envahissement fréquent des ganglions en est la preuve.

M. Cornil admet parfaitement ce fait. Il fait remarquer que Virchow, à propos de chacune de ces tumeurs du sein, décrit la forme diffuse ou en masse de la tumeur et d'autre part les végétations intracanaliculaires. Dans les cas qu'il a étudiés il relève l'existence de la dégénérescence colloïde et graisseuse de l'épithélium, qui est intéressante à comparer avec celle que l'on trouve dans les tumeurs du voile du palais.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 novembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

A propos du procès-verbal, plusieurs communications sont faites sur les *Kystes hydatiques du foie*.

M. Millard a fait inutilement trois ponctions dans le foie du malade qu'il avait présenté à la dernière séance, bien qu'il y eût en ce point une fluctuation évidente. A ce propos, M. Gallard rappelle un fait où malgré un très grand développement de l'hypochondre droit, et une fluctuation des plus nettes, il fit, avec le professeur Richet, une ponction blanche. A l'autopsie, on trouva deux gros kystes, séparés par un pont de tissu hépatique dans lequel le trocart avait pénétré. Chez un autre malade, on fit dix tentatives sans tirer une seule goutte d'une tumeur hépatique arrondie, indolente, résistante, dont le diagnostic paraît évident.

M. Sevestre rapporte plusieurs cas de kystes hydatiques du foie guéris par une seule ponction aspiratrice. Dans le premier, on retira ainsi 3 litres de liquide: guérison radicale. Dans un second cas, une petite fille est également guérie après ponction, vidant un volumineux kyste. Puis ce sont deux kystes volumineux du foie, ponctionnés successivement à quinze jours d'intervalle, et guéris également chez un homme de trente-cinq ans, qui avait présenté des douleurs abdominales et des vomissements. Plusieurs semaines après, il n'y avait pas de récidive. Enfin, dans un quatrième cas, une seule ponction enlève, sans aucun accident, 2.400 grammes d'un kyste hydatique de la rate sans qu'il se reproduise ultérieurement.

M. Ferrand a observé, en 1874, une femme qu'il débarrassa d'un kyste volumineux de la face convexe du foie; trois mois après, par la méthode de Récamier, il lui retira de la fosse iliaque une cuvette entière d'hydatides; elle guérit après avoir eu de l'urticaire.

M. Dieulafoy affirme que les ponctions aspiratrices sont absolument sans danger; les accidents sont tellement exceptionnels que ce sont quantités négligeables. La ponction doit être faite avec une aiguille fine, l'aiguille n° 2, par exemple. Les kystes peuvent être d'autant plus facilement guéris, qu'on les attaque plus près du moment de leur début; plus ils vieil-

© BIU Santé

lissent, moins il y a chance de guérison. Pour savoir s'il y a réellement curation radicale, il faut attendre des mois. C'est ainsi que, dans deux cas, M. DIEULAFOY a vu, à la suite d'une seule ponction chez l'un des malades et après deux chez l'autre, porteur de deux kystes, la guérison subsister encore deux ans après l'opération.

A propos de l'observation communiquée par M. MILLARD, dans la dernière séance, M. DIEULAFOY attire l'attention sur les accidents de pseudo-péritonite, de *péritonisme*, qui suivent parfois la ponction ; ils ont avec l'urticaire également observé alors, un rapport évident, ainsi qu'il résulte des faits suivants. Etant encore interne, l'auteur retire d'un kyste hépatique chez un malade de Mathis 300 grammes de liquide. Presque aussitôt vomissements, douleurs dans l'épaule, faciès hippocratique, etc., en un mot tout le tableau du péritonisme. Un quart d'heure après, apparaît un hémi-urticaire et aussitôt les symptômes abdominaux disparaissent. Le malade guérit après une seconde ponction. Dans un autre cas, il s'agit d'une cuisinière qui, le soir même du jour où on lui avait ponctionné un volumineux kyste du foie, semblait être à la période ultime d'une péritonite des plus graves ; en même temps apparaissait l'urticaire. Le lendemain, l'urticaire était généralisé avec dyspnée et dysphagie; trois jours après, tout avait disparu, la malade était guérie. Un soldat, pendant qu'on lui vide, par la ponction, un petit kyste du foie, fait une poussée d'urticaire. Chez une femme, à la suite d'une simple piqûre exploratrice avec la seringue de Pravaz, il apparaît des péritonismes, puis une poussée d'urticaire presque généralisé. En somme, ces accidents de pseudo-péritonite, consécutifs à la ponction d'un kyste hydatique du foie, précèdent presque toujours la poussée d'urticaire et disparaissent dès que l'éruption s'est produite. L'urticaire n'apparaît jamais à la suite d'une seconde ponction pratiquée sur le même kyste. Quant aux ponctions répétées, elles sont sans danger puisque M. DIEULAFOY put ponctionner trois cents fois une femme du service Tardieu, qui avait des kystes multiples du foie.

M. LABBÉ a observé une femme qui présenta de l'urticaïre avant la ponction ; c'est que le kyste s'était ouvert sous l'eschare produite par l'application de pâte de canquoin. Il insiste sur la fréquence de la pleurésie sèche lorsque le kyste a envahi la face convexe du foie. Comme règle, M. LABBÉ croit que si, après deux ponctions consécutives, le liquide se reproduit encore dans un kyste du foie, et s'il n'est pas albumineux, il faut faire la laparotomie. S'il y a de l'albumine, les hydatides sont mortes, le kyste guérira par une seule ponction.

M. DIEULAFOY présente un travail de M. LIEBERMAN sur les fumeurs d'opium. L'auteur conclut de ses propres expériences que le sommeil narcotique serait dû à une congestion cérébrale intense.

M. ROBIN, dans sa communication du mois de juin, a établi trois principes ; dans les fièvres il y a : 1° Rétention dans l'organisme de produits incomplètement brûlés et peu solubles ; 2° contrairement à l'opinion ordinaire, les oxydations sont diminuées ; 3° la destruction organique est augmentée en quantité considérable. On peut prendre comme type d'étude la fièvre typhoïde. Il est de croyance vulgaire que si la température s'élève, c'est que les oxydations augmentent. Or, rien n'est plus faux. Schutzemberger a démontré que, avant de pouvoir être oxydés, les résidus organiques doivent être d'abord hydratés et dédoublés. Or, ce premier stade s'accompagne tout comme le second (stade d'oxydation), d'un dégagement de chaleur, donc élévation de la température n'est pas synonyme d'augmentation des oxydations. Pour mesurer les oxydations, M. ROBIN établit le rapport entre l'azote total de l'urine et l'azote complètement brûlé, c'est-à-dire l'urée. C'est là le *coefficient d'oxydation des substances azotées*. Le *coefficient d'oxydation des sels* s'établit par le rapport entre le phosphore et le soufre totaux de l'urine et le phosphore et le soufre incomplètement oxydés. Le *coefficient des matériaux non azotés et non salins* s'obtient en faisant ingérer du benzol au sujet et en calculant le rapport qui existe entre le benzol introduit et le phénol constaté dans l'urine.

L'azote désintégré et complètement brûlé est normalement dans l'urine de 85 à 85 0/0 de l'azote total ; dans la fièvre typhoïde ce chiffre tombe à 70, 71, soit en moyenne 74 0/0. Il existe une proportion inverse entre l'urée éliminée et la gravité de la maladie ; dans les formes légères, M. Robin a trouvé 25 gr ; dans les moyennes 23,7 ; dans les graves 10,65. L'acide carbonique exhalé diminue chez le typhique : 83,8 au lieu de 100 chez l'adulte, preuve que les oxydations sont diminuées. Enfin les matières extractives augmentent dans le sang. Ainsi donc dans la fièvre typhoïde il y a exagération de la désintégration organique, c'est-à-dire exagération du combustible mis en liberté, mais en même temps la puissance oxydante ne croît pas proportionnellement et la capacité respiratoire du sang diminue plutôt. La thérapeutique doit donc favoriser les oxydations au lieu de les entraver puisque l'on transforme par l'oxydation les produits de dédoublement et d'hydratation, résultats de la désintégration organique, toxiques et peu solubles en produits solubles et peu toxiques. Pour arriver à ce résultat il faut remplir plusieurs indications : 1° *Se garder absolument de tout ce qui peut entraver les oxydations*, quelle que soit l'action sur la température. M. ROBIN a étudié à ce point de vue les principaux antithermiques connus. Comme exemple il donne aux chiffres à l'appui les résultats que lui a fournis l'étude du sulfate de quinine. Il résulte de ces nombreuses recherches qu'à petite dose, 0,60 centigr. par exemple, il fait baisser le chiffre de l'azote total de l'urine sans changer notablement celui de l'urée, c'est-à-dire qu'il diminue la désintégration organique sans modifier sensiblement les oxydations, il diminue aussi la quantité du soufre et du phosphore éliminés. Il remplit donc parfaitement le but proposé. A fortes doses au contraire, il produit exactement l'effet inverse. Il est donc nuisible, dangereux même. Des recherches analogues permettent à M. ROBIN d'affirmer, chiffres à l'appui, que l'antipyrhine, la thalline, la kaïrine sont également nocives, plus dangereuses même encore. — Le second principe thérapeutique doit être *de favoriser les oxydations*. C'est là que doivent trouver leur explication scientifique les vieilles méthodes qui consistent à renouveler l'air, à mettre des ventouses sur le thorax pour s'opposer à la stase qui gêne la pénétration de l'oxygène. Il est utile aussi de diffuser de l'oxygène autour du malade, de régulariser et tonifier le système nerveux et rien n'est aussi bon pour cela que les lotions et les bains froids qui augmentent la quantité d'urée et de CO^2 éliminés et sont donc d'excellents moyens d'oxydation. Quant aux médicaments oxydants directs tels que les permanganates, chlorates, bromates et iodates, M. Robin n'a obtenu dans ses expériences que des résultats nuls ou insignifiants. Les médicaments indirectement oxydants au contraire sont fort utiles : il faut citer d'abord l'alcool à petite dose et surtout les boissons abondantes qui sont le plus puissant des agents médicamenteux de ce groupe, car elles augmentent les oxydations et facilitent l'élimination.

M. LABOULBÈNE montre des corps helminthiformes rendus par un enfant de 12 ans, cachectique, et qui ne sont autre chose que des fibres végétales que cet enfant *rouit* et enroule dans son intestin et rend dans des cybales. L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er décembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. LARGER lit une note sur quelques points de l'*étiologie du tétanos*. Il apporte d'abord à la Société la relation d'une épidémie de tétanos dont l'hôpital de Colmar a été le théâtre. Il s'agit bien là d'une épidémie véritable ; le refroidissement n'a pu être invoqué comme cause qu'une seule fois. Il conclut à la nature infectieuse du tétanos et cite des faits très probants à ce point de vue. Par exemple, un vétérinaire opère de castration un certain nombre de chevaux avec le même instrument ; tous ont le tétanos et meurent. S'il se sert d'un autre, pas de tétanos. Il fait subir à l'instrument une désinfectation énergique et, dès lors, opère en toute sécurité et avec succès. L'instrument était évidemment le véhicule du germe.

M. VERNEUIL insiste sur l'intérêt de la communication de M. Larger et lit les observations qu'il a récemment publiées sur ce sujet : Rapport du tétanos équin et humain, nature infectieuse du tétanos.

© BIU Santé

M. Trélat a depuis longtemps le sentiment que le tétanos est une maladie contagieuse et infectieuse ; pour lui, c'est bien une affection qui se comporte comme une maladie infectieuse type, mais il n'y a encore pas de preuves suffisantes. Tant qu'on n'aura pas trouvé la substance qui détermine la contagion (et cela n'a pas été trouvé), on ne sera pas certain de l'exactitude d'une pareille assertion.

M. Kirmisson raconte l'histoire d'un blessé de tête dont la plaie se produisit dans une écurie. Le malade mourut du tétanos et on trouva dans cette plaie des débris de foin. — M. Kirmisson, à propos de ce cas, s'est livré à des inoculations sur le lapin ; elles n'ont pas réussi.

M. Verneuil prétend que la clinique jette une vive lumière sur l'étiologie du tétanos ; donc, n'attendons pas les expériences de laboratoire et concluons que cette affection est bien contagieuse et provient probablement du cheval.

M. Pozzi fait un rapport oral sur une observation de M. le Dr Houzel (de Boulogne) intitulée : *Phlegmon du ligament large droit avec abcès de la fosse iliaque ; laparatomie, guérison.* Le rapporteur croit qu'il y avait aussi un peu de psoïtis, que M. Houzel n'aurait pas dû nettoyer l'abcès à la curette tranchante, ni injecter dans cette vaste poche de l'eau phéniquée forte, ni réunir les bords de l'incision.

M. Trélat pense qu'on emploie abusivement le mot de laparotomie. On ne doit désigner ainsi que l'opération qui s'accompagne d'ouverture du péritoine. Ce que M. Pozzi appelle laparotomie sous-péritonéale est seulement une incision sous-péritonéale ou para-péritonéale.

M. Lucas-Championnière est de l'avis de M. Trélat ; il critique aussi l'abus du mot *gastrotomie*. Il faut bien distinguer les ouvertures d'abcès, de kystes du foie, par exemple, lorsqu'il y a des adhérences aux parois abdominales, d'avec les gastrotomies faites pour aller à la recherche d'une tumeur dans la cavité péritonéale.

M. Peyrot ajoute que le mot laparotomie veut dire, à proprement parler, ouverture du flanc.

M. Terrillon présente des pièces anatomiques provenant d'une opération qui a rarement été faite en France. Il s'agit d'un cas *d'hématosalpingite* double, survenue chez une femme de trente-quatre ans, ayant eu quatre enfants, avec les symptômes de l'hématocèle : tumeur formée au moment des règles, poussées douloureuses, etc. M. Terrillon a fait une laparotomie après ponction préalable. Il relatera plus tard l'observation dans tous ses détails et se borne aujourd'hui à montrer les parties enlevées.

M. Trélat insiste sur la difficulté du diagnostic et rappelle qu'il a opéré avec M. Terrier une *pyosalpingite*. Le côté intéressant repose sur la précocité du diagnostic et de l'intervention. Il faut opérer ces tumeurs avant que des adhérences multiples n'aient eu le temps de se former.

M. Monod indique un signe qui, sans faciliter le diagnostic, permettait de penser que la tumeur était opérable dans ce cas-là.

M. Terrillon présente un malade qu'il a opéré pour un kyste synovial du poignet, à grains rhiziformes. L'inoculation de ces grains rhiziformes n'a pas réussi, ce qui semble prouver qu'ils n'étaient pas d'origine tuberculeuse. Bon résultat opératoire, en tous cas.

M. Trélat pense qu'il faut attendre avant d'affirmer que le malade en question est ou n'est pas tuberculeux. Quant à ses grains rhiziformes du poignet, qu'on se souvienne des recherches de Nicaise.

M. Kirmisson cite un fait analogue à celui de M. Terrillon et discute à ce propos à la valeur diagnostique de la crépitation dans les kystes synoviaux, laquelle est loin d'être absolue.

M. Peyrot rapporte l'observation d'un malade atteint d'un abcès de la marge de l'anus, et dans lequel, à l'incision, il trouva, chose bizarre, une grande quantité de grains rhiziformes, presque sans pus.

Elections. — M. Schwartz est élu membre de la Société, par 17 voix, contre 4 données à M. Segond. Les autres candidats étaient MM. Prengrueber et Quenu. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 4 novembre 1886. — Présidence de M. Putzeys.

Secrétaire général, M. Schiffers.

M. Fraipont. — *Tumeur du mésentère.* Femme de 25 ans, mariée, souffrant de dyspepsie gastro-intestinale. Douleurs abdominales, faiblesse très grande et symptômes marqués de cachexie. Tumeur du volume d'un gros poing, siégeant dans le mésentère et formée d'un amas de ganglions remplis d'une matière crétacée, très épaisse. Incision de la tumeur et fixation de la poche dans la plaie abdominale. Pansement iodoformé. Guérison après 6 semaines. Actuellement la femme se porte beaucoup mieux.

M. Fraipont. — 1° *Fibrome utérin.* On l'a enlevé par la laparotomie. Le pédicule est traité par la méthode de *Schrœder* et fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale par la méthode de *suspension du pédicule*, imaginée par *Hacker* de Vienne. La patiente est en voie de guérison. — 2° *Kyste de l'ovaire* enlevé à une femme de 25 ans. Contenu sanguin. Il existait de larges adhérences avec la paroi abdominale, l'épiploon, l'intestin, la vessie et l'utérus. Le pédicule était tordu. M. Fraipont croit que la torsion s'est produite chez cette femme, 4 mois auparavant, à la suite d'un mouvement brusque, qu'elle a fait et qui a été le point de départ de toutes ses souffrances. La patiente est presque guérie. — 3° *Castration.* On a pratiqué cette opération à la clinique chirurgicale pour un fibrôme utérin. La patiente est morte de péritonite septique 30 heures après l'opération. Une escharre, produite sur la tumeur utérine par le thermo-cautère, pour arrêter une hémorrhagie occasionnée par une pince de Museux, semble avoir été le point de départ de l'infection.

Lecture de rapports.

REVUE DE CHIRURGIE

IV. Des luxations pathologiques et de leur pathogénie ; par les Drs Forgues et Maubrac. — Adrien Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886.

V. Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs ; par le Dr Lagrange. — Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1886.

VI. Contribution à l'étude des luxations de l'extrémité supérieure du radius ; par le Dr M. de Moraes Barros. Th. de doctorat, Genève, 1886.

VII. Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels ; par le Dr R. Duzéa. — Oct. Doin, Paris, 1886.

IV. — Les luxations dites pathologiques sont des déplacements acquis (pour les différencier des difformités articulaires congénitales) préparées ou favorisées par un état morbide, de sorte que les liens articulaires étant relâchés ou détruits, les os étant altérés et usés, il suffit des moindres efforts pour déterminer la disjonction de la jointure. Tout est prêt pour la luxation : il suffit du moindre prétexte ; et en l'espèce c'est à peine si le trauma a un rôle sérieux, car souvent un simple mouvement du malade suffit pour déterminer le déplacement. Le terme de luxations spontanées employé par les allemands depuis Bichat n'est pas tout à fait exact.

On a proposé une foule de classifications des luxations pathologiques. MM. Forgue et Maubac admettent celle que proposa Malgaigne et la complètent. Ils divisent ces luxations en deux grands groupes : 1° Luxations par altérations des parties molles articulaires, comprenant : *a*) 1re variété : parties molles articulaires pouvant être primitivement saines et n'étant modifiées qu'à la longue par des actions mécaniques lentes (luxations par surcharge anormale, par tumeurs voisines, attitude vicieuse, habitudes professionnelles, etc.) ; *b*) 2e variété : parties molles articulaires primitivement malades en totalité ou en partie (luxations par paralysies musculaires à la suite d'arthrite, par laxité essentielle, relâchement des ligaments, etc.). 2° Luxations par altérations des extrémités osseuses (tuberculose, rhumatisme chronique, ataxie locomotrice, syphilis). Dans une série de chapitres distincts, les auteurs décrivent chacune de ces sortes de luxations pathologiques, dont quelques-

© BIU Santé

unes sont plus importantes et plus communes que d'autres ; citons surtout les luxations observées dans l'ataxie qui sont étudiées avec le plus grand soin. Il nous reste à mentionner les luxations par déformations osseuses constituant un petit groupe annexe qui ne peut rentrer dans les deux vastes catégories précédemment énoncées. En somme, monographie aussi bien ordonnée que possible, complète, mais qui n'ajoute rien de bien nouveau à l'histoire des luxations pathologiques. Comme le disent les auteurs, ils n'ont voulu faire qu'une revue critique des observations éparses dans la science, en les groupant suivant le mode pathogénique des lésions, et ils ont réussi.

V.— L'année dernière, la Société de Chirurgie de Paris proposa pour le prix Laborie la question suivante : Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs. La monographie de M. Lagrange fut couronnée à juste titre, malgré toute la valeur des mémoires des autres concurrents. L'auteur a basé son travail sur une quantité considérable d'observations ; il en a dépouillé plus de 400. Après un historique complet, M. Lagrange a cru devoir traiter en un chapitre spécial l'anatomie et la physiologie pathologiques comparées de l'élongation et de la névrotomie, puis a étudié le mode d'action spécial de l'élongation, ses accidents et ses dangers qui sont assez nombreux et de nature à faire réfléchir le chirurgien devant lequel se pose l'indication de recourir à cette opération (hémorrhagies, phénomènes inflammatoires, etc.). Cependant son action est nette sur les centres nerveux et la moelle en particulier, et on doit y recourir quoiqu'elle soit plus dangereuse que la névrotomie, la névrectomie ou la neurotripsie. En général, il ne faut l'employer que pour les nerfs mixtes (la sensibilité disparaît et il y a conservation relative de la motilité). La section ou la résection conviennent mieux aux nerfs sensitifs ; mais il y a des différences suivant les troncs nerveux considérés. L'élongation a été pratiquée pour les névralgies : dans les névralgies de l'ophthalmique de Willis, elle est une excellente opération de même que pour le glaucome aigu, les douleurs ciliaires ; pour les névralgies sus-orbitaires on doit réséquer, au besoin extirper, le ganglion de Meckel ; la résection convient mieux aussi pour le nerf dentaire. En ce qui concerne le sciatique, l'élongation ne donne pas toujours de bons résultats dans le tabès et les lésions médullaires. L'élongation a encore été préconisée pour le tétanos, le tic douloureux de la face, le tic non douloureux, le torticolis grave et invétéré, les contractures et les spasmes traumatiques, l'épilepsie réflexe, enfin, dans les paralysies périphériques, la lèpre anesthésique et même l'atrophie du nerf optique. M. Lagrange discute successivement et consciencieusement la valeur de l'élongation dans chacun de ces cas. Son travail résume l'état de la question. On y trouve en outre un index bibliographique très complet qui facilitera les recherches de ceux que cette question pourrait intéresser.

VI. Cet auteur a repris l'étude des luxations de l'extrémité supérieure du radius à l'effet d'élucider quelques points obscurs dans l'histoire de cette lésion en prenant pour base de son travail une observation du Pr Jacques Reverdin. Ses recherches ont porté plus spécialement sur les causes de l'irréductibilité de cette luxation et sur son traitement radical. Il a fait sur le cadavre un certain nombre d'expériences pour éclaircir quelques points d'étiologie et pour se rendre compte des obstacles qui s'opposent à la réduction immédiate.

Dans un premier chapitre il décrit l'anatomie et le mécanisme de l'articulation radio-humérale et radio-cubitale supérieure ; au point de vue anatomique, il mentionne les fibres provenant du court supinateur (sur lesquelles insiste Pingaud) qui vont renforcer le ligament latéral externe de l'articulation du coude (*anse de Cooper*, etc.). Dans l'articulation radio-cubitale supérieure, au ligament annulaire il ajoute le *ligament carré radio-cubital*, décrit par Denucé, et deux autres faisceaux ligamenteux, signalés par Weitbrecht : ligament accessoire antérieur (il va de l'apophyse coronoïde cubitale à la partie antérieure du ligament annulaire) et ligament accessoire postérieur (étendu de l'olécrâne à la partie postérieure du ligament annulaire). L'auteur, après un court historique, discute les classifications adoptées pour cette luxation et se range à celle de Malgaigne, combinée avec celle de Dénucé. Il conclut de ses recherches et de ses expériences cadavériques que toutes les formes connues de la luxation isolée de l'extrémité supérieure du radius peuvent être produites expérimentalement en transportant la force d'action sur la paume de la main et que les résultats qu'il a obtenus permettent de supposer et même d'admettre que la chute sur la paume de la main, souvent signalée dans les observations connues, est la cause principale de ce genre de déplacement. La luxation se fait en dehors si la pression se fait de bas en haut et si en même temps elle est combinée à une autre pression tendant à exagérer l'angle interne du bras. Mais ce dernier facteur est à lui seul insuffisant pour produire la luxation en dehors. L'irréductibilité immédiate est due pour cet auteur à l'interposition des ligaments déchirés et plus particulièrement à celle du ligament annulaire et du ligament latéral externe. L'engagement et l'interposition de ces débris ligamenteux paraissent être favorisés par la formation d'un vide au niveau de la cavité articulaire abandonnée. Quand l'irréductibilité est immédiate, on fera l'arthrotomie et la résection ; dans les cas de luxation ancienne on doit faire la résection. Quatre figures placées à la fin de ce travail représentent les lésions observées dans les diverses luxations expérimentalement produites et permettent de se bien rendre compte des nouveaux rapports des os déplacés.

VII. A l'instigation du Dr Mollière (de Lyon), l'auteur a recherché si les angiômes superficiels pouvaient donner lieu à des troubles du côté du squelette comme cela s'observe souvent pour les tumeurs érectiles, angiômes caverneux ou varices. Ces phénomènes sont rares, n'ont pas été encore décrits, mais s'observent certainement. C'est à peine si dans la science on trouve deux ou trois cas analogues à ceux que rapportent M. Duzéa dans son travail, dont voici les conclusions : Certains nœvi superficiels, à condition qu'ils soient d'une étendue notable, s'accompagnent de réactions hypertrophiques et d'augmentation de longueur des os relativement considérables. L'allongement peut atteindre plusieurs centimètres ; l'augmentation de volume et d'épaisseur est difficile à reconnaître sur le fémur et le péroné par exemple, mais très appréciable sur le tibia dont la face interne est tout à fait superficielle. L'auteur a étudié aussi à ce point de vue les nœvi du membre supérieur et même ceux de la face ; on peut encore en ces points constater les mêmes hypertrophies osseuses. La raison principale et générale de ces réactions hypertrophiques osseuses semble résider dans la suractivité du cartilage de conjugaison et de la fonction ostéogénique du périoste pendant la période de croissance du squelette ; ces phénomènes seraient dus à l'influence de l'hypercirculation entraînée par le nœvus au niveau des zones osseuses juxta-épiphysaires et périostiques voisines. Il est peu probable que ces allongements osseux soient la conséquence de nœvi intra-osseux, comme cela s'observe pour les angiômes caverneux des os. Une remarque doit être ajoutée : pour la face et la tête, il paraît exister une série de nœvi coïncidant avec une atrophie du squelette sous-jacent. Ces faits contradictoires ne sont explicables que si l'on se range dans ces cas à la théorie pathogénique de Virchow pour qui nœvus et atrophie osseuse sous-jacente dépendent d'une même cause, à savoir un arrêt ou trouble de développement au niveau d'une fente branchiale primitive. Si ces hypertrophies et allongements se voient quelquefois, il faut se garder de conclure à leur fréquence. Les nœvi ne présentent point toujours ces troubles secondaires ; la plupart du temps il ne faut donc pas y attacher une importance exagérée. En tous cas, c'est là une question neuve, jusque-là inexplorée et si peu connue avant ce travail que l'auteur a jugé inutile de donner à ce propos le moindre index bibliographique.

MARCEL BAUDOUIN.

© BIU Santé

CORRESPONDANCE

Le Secret médical dans l'armée.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans sa récente et remarquable publication « *Sur le secret médical* » M. le Prof[r] Brouardel, arrivant au secret médical dans l'armée, dit : Dans l'armée, la question du secret médical a été l'objet d'une décision ministérielle du 4 avril 1845.

« Lorsque des officiers sont malades à la chambre, un des officiers de santé est chargé de les voir et de rendre compte de leur état au lieutenant-colonel. Le ministre de la guerre, consulté sur la question de savoir si l'officier de santé doit, en rendant compte de l'état des officiers, faire connaître en même temps la nature de leur maladie, a répondu que cette obligation ne saurait nullement être imposée aux officiers de santé dont les fonctions purement médicales par les règlements, se trouveraient par là dégénérer en un moyen supplémentaire de police ; en gardant le silence à ce sujet, les officiers de santé ne sont pas d'ailleurs mus seulement par une honorable susceptibilité, ils ne font que se soumettre aux prescriptions que la loi (article 378) leur impose. » Cette opinion de notre éminent médecin légiste est aussi celle de MM. Briand et Chaudé qui citant cette circulaire ministérielle indiquent qu'ils l'ont trouvée dans « le code des officiers de santé de l'armée » de M. Didiot, aujourd'hui médecin inspecteur général, président du comité de santé de l'armée. Cette circulaire était l'interprétation de l'article 14 de l'ordonnance sur le service intérieur des troupes d'infanterie du 2 novembre 1833, ainsi conçu : « Les officiers, qui ne peuvent faire leur service pour cause d'indisposition..., doivent prévenir leurs supérieurs immédiats... il est toujours fait rapport au lieutenant-colonel des officiers qui ne peuvent pas faire leur service ; le lieutenant-colonel charge un des chirurgiens de les voir et de lui rendre compte de leur état ; il en informe le colonel au rapport journalier, et plus tôt, s'il y a lieu. » Elle était en vigueur à l'époque où M. le médecin-inspecteur général Didiot faisait paraître le code des officiers de santé et a continué à être la règle des médecins militaires jusqu'au 9 avril 1868, époque à laquelle le maréchal Niel faisait paraître une note, « donnant la portée des prescriptions contenues dans l'article 14 du 2 novembre 1833 » et ainsi conçue : « Quand un militaire, de quelque grade qu'il soit, s'adresse, en dehors des relations de service, à un médecin d'un corps de troupe, pour avoir son avis et ses soins dans un cas de maladie, et que cette consultation n'amène aucun changement dans les obligations de ce militaire, au point de vue du service, le médecin militaire est tenu au secret envers lui, comme le serait un médecin civil. Mais dès que le médecin militaire reconnait la nécessité soit d'une exemption de service pour une maladie traitée à la chambre, soit d'un envoi à l'infirmerie ou à l'hôpital, il doit en rendre compte au chef de corps par un rapport officiel.

Ce rapport est dégagé de l'obligation du secret et doit exposer la vérité sans aucune restriction ; adressé au chef de corps sous pli cacheté, par exemple, pour exemption de service d'un officier traité à la chambre, il comprend la désignation de la nature de la maladie, *comme le billet d'entrée à l'hôpital, au sujet duquel il n'y a jamais eu doute ni difficulté.* »

Cette circulaire du maréchal Niel abolissait donc le secret médical (art. 378), reconnu par un de ses prédécesseurs (4 avril 1845) ; elle l'abolissait vis-à-vis le chef de corps à qui un rapport devait être, le cas échéant, adressé son pli cacheté ; elle l'eût aboli également, vis-à-vis le public, au moins le public militaire composant le régiment, si le médecin militaire avait exécuté à la lettre la dernière partie « comme le billet d'entrée à l'hôpital, au sujet duquel il n'y a jamais eu doute, ni difficulté ! ! » Il saute à l'esprit que pour respecter une susceptibilité très légitime, sauver les convenances les plus élémentaires et ne pas livrer à la malignité et à la moquerie de toute une caserne, le nom d'un officier atteint de maladie vénérienne, le médecin, avec l'assentiment du chef de corps, remplaçait sur le billet d'entrée à l'hôpital le diagnostic scabreux par un diagnostic anodin.

Depuis la circulaire ministérielle du 9 avril 1868, est né le décret du 27 décembre 1883, portant règlement sur le service intérieur des troupes d'infanterie. C'est lui qui régit actuellement l'armée. « Il abroge (art. 450) les ordonnances, décrets et règlements antérieurs sur le service intérieur des troupes d'infanterie et toutes autres dispositions contraires au présent décret. » La question « des officiers malades » y est traitée à l'article 69, ainsi conçu : « Le médecin-major de 1[re] classe doit visiter tout officier malade qui ne peut pas faire son service ; il rend compte au lieutenant-colonel, par un bulletin adressé sous pli cacheté, de la visite qu'il a faite. »

Cet article ne fait donc pas bénéficier les officiers du secret médical, vis-à-vis du lieutenant-colonel et du colonel.

Abroge-t-il la note ministérielle du 9 avril 1868, (dans sa première partie : « comme le billet d'entrée à l'hôpital.... »), comme lui étant contraire? Non, si l'on prend les mots à la lettre. On continuera évidemment et avec raison, comme marque toute naturelle de déférence pour un officier, à n'inscrire sur un billet d'hôpital qu'un diagnostic de nature « convenable », et il est fort probable qu'il ne se trouvera plus un ministre pour y trouver à redire.

Il est donc évident que le secret médical n'existe pas dans l'armée. Les décrets et circulaires parus depuis la circulaire du 4 avril 1845, visée par M. le prof[r] Brouardel sont suffisamment explicites, à cet égard. Ils sont en contradiction formelle avec l'art. 378 du code civil. J'ai pensé, M. le Rédacteur en chef, qu'il aurait peut-être quelque utilité à ne pas laisser se répandre et s'accréditer une opinion erronée qui avait d'autant plus de chance de se vulgariser qu'elle avait pour parrain un de nos professeurs les plus compétents et les plus autorisés en médecine légale, jouissant en même temps de la vive sympathie de ses confrères et de ses élèves.

Veuillez agréer, M. le Rédacteur en chef, etc.

D[r] X...

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux ; par Ch. Féré. Aux bureaux du *Progrès médical*, Paris 1886.

L'anatomie du système nerveux a fait l'objet, dans ces dernières années, d'un très grand nombre de recherches ; la physiologie et la pathologie du même système, mieux étudiées aussi, ont activé et fécondé les investigations des anatomistes ; pendant que les anatomistes cherchaient à distinguer et à suivre par la dissection et les coupes dans les parties blanches des centres nerveux le trajet de certains faisceaux et leurs rapports avec les amas de substance grise, les anatomo-pathologistes tentaient et réussissaient la même recherche par l'observation exacte des lésions et des dégénérescences consécutives. Des efforts combinés des trois sciences, anatomie, physiologie, pathologie, est enfin sortie une anatomie à peu près complète du système nerveux. Nous sommes désormais en possession d'un nombre suffisant de faits parfaitement établis pour tracer le tableau d'ensemble de l'anatomie des centres nerveux. Le livre de M. Féré résume clairement et suffisamment l'état de nos connaissances : comme son titre l'indique, ce n'est point un traité d'anatomie pure, c'est un résumé complet d'anatomie descriptive et topographique comprenant les applications médicales les plus importantes et les mieux établies. Ce livre s'adresse donc à la fois à l'étudiant et au praticien ; au premier il donne une étude anatomique claire, précise, suffisante ; le second y trouve exposées et représentées toutes les notions nécessaires pour la nomenclature et la localisation des lésions dans les affections des centres nerveux. L'auteur, s'étant très heureusement inspiré de nos indispensables traités d'anatomie topographique chirurgicale, a fait pour l'anatomie des centres nerveux un traité d'anatomie médicale qui rendra à tous les plus grands services.

Ce livre comprend deux parties : la première traite du système nerveux central. M. Féré, conformément au programme

© BIU Santé

qu'il s'est tracé, y fait suivre toujours la description anatomique de l'exposé des lésions dont cette région peut être le siège et des troubles physiologiques qui peuvent en résulter. Parmi les chapitres qui attireront plus particulièrement l'attention il faut signaler ceux qui traitent des coupes du cerveau, de l'hémorrhagie cérébrale dans ses rapports anatomiques et de la topographie crânio-cérébrale. Anatomiste et pathologiste distingué, M. Féré réunissait mieux que tout autre les aptitudes nécessaires pour l'achèvement heureux d'une tâche difficile.

Dans la seconde partie, l'auteur étudie les nerfs périphériques; ses descriptions rappellent celles des classiques réduites à leurs points essentiels et suffisants. Mais, la description de chaque nerf étant suivie de l'application pathologique afférente, l'étude de ce nerf, singulièrement facilitée, devient moins aride et se fixe plus facilement : un coup d'œil sur les planches qui représentent *la griffe cubitale*, *la griffe radiale*, etc., etc., suffit pour fixer dans son ensemble la distribution de chacun de ces nerfs.

Un très grand nombre de figures ajoutent à la clarté des descriptions: les unes sont originales, les autres sont empruntées aux ouvrages de MM. Charcot, Huguenin, Erb, Heitzmann, etc.,etc. ; des figures, reproduites d'après Erb, montrent les points électro-moteurs des membres, de la face et du tronc.

Paul POIRIER.

Prolifération de la cellule par Karyokinèse; par le Dr Paul GILIS. Thèse d'agrégat. (Sciences accessoires). Adrien Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1886.

Voilà une thèse intéressante, — au moins pour les Français (ce serait peut-être plus juste). Lisez l'index bibliographique situé à la fin de ce travail, reportez-vous d'autre part à celui de Flemming, et vous serez frappé par le peu de noms français qu'on y rencontre. M. Gilis n'en a pourtant pas oublié ; on comprend pourquoi, par patriotisme d'abord et parce que ce n'était pas le cas de laisser de côté les quelques travaux qui en France ont été faits sur ce sujet. N'est-il pas pénible de ne voir que quelques Français, tels que Balbiani, Duval, Guignard, perdus et comme égarés au milieu de toute cette bibliographie étrangère. Avons-nous donc les yeux moins bons et l'imagination moins vive que nos savants collègues en histologie d'outre-Rhin. Nos microscopes sont-ils donc si inférieurs ?

Quoiqu'il en soit, cette thèse est le premier travail d'ensemble fait en France sur ce sujet si nouveau et si curieux ; à peine connu des étudiants d'hier et d'aujourd'hui, à plus forte raison des anciens qui ne sont pas histologistes de profession, c'est à peine s'il a été enseigné dans nos Facultés, exception faite toutefois pour les leçons résumées de M. Cornil, et pour le clair exposé qu'en a fait M. Duval dans son cours d'Embryologie à l'Ecole d'Anthropologie. Nous n'analyserons point ce travail de révision chapitre par chapitre ; il est à lire en entier, à moins qu'on ne préfère recourir aux ouvrages originaux sur le processus karyokinétique. Son étude est d'ailleurs, dans cette thèse, précédée par celle de la cellule à l'état de repos. L'auteur termine en étudiant la karyokinèse dans chaque sorte de cellules en particulier (végétaux, œufs, tissus animaux sains et pathologiques, protozoaires). Etudions ces questions; il y a là un vaste champ ouvert à des recherches, fines et délicates il est vrai, mais faisables et utiles ; puisque les étrangers y voient et y trouvent certainement des faits nouveaux et curieux, pourquoi ne pas les imiter ? Nous pensons que c'est la bonne volonté qui nous manque le plus.

MARCEL BAUDOUIN.

VARIA

La nouvelle Loi sur les aliénés.

Le Sénat a commencé dans sa séance du 25 novembre la discussion sur la loi révisant la loi de 1838. Dans la première séance, MM. Dupré, Roussel, Sarrien et de Gavardie ont pris successivement la parole. — Dans la séance du 27 novembre, la parole a été prise successivement par MM. Roussel, Cazelles, Dupré, de Gavardie, Sarrien, Georges Martin, Lacombe, Paris, Roger-Marvaise. — Le 30 novembre ont pris part à la discussion, MM. Roussel, Roger-Marvaise, de Marcère, Cazelles, Lacombe, Sarrien, de Gavardie, Morellet, Delsol. Dans le prochain numéro nous commencerons le résumé de cette importante *discussion*.

Ecole libre de médecine.

« L'Institut catholique de Paris poursuit avec persévérance la fondation d'une Ecole libre de médecine dans la capitale. Un terrain de 46,000 mètres a été acheté et payé. Une partie des constructions est achevée et l'*Hôpital Saint-Joseph* a déjà cinquante-deux lits occupés par des malades. La dépense totale de cet hôpital, où seront installées les cliniques, est évaluée à 5 millions.

« En attendant que l'enseignement clinique puisse commencer à l'hôpital Saint-Joseph, l'institut catholique s'occupe des étudiants en médecine. Une conférence groupe déjà plus de cent membres et leur offre les moyens d'étude et d'émulation, une bibliothèque, une salle de conférences, des collections, etc. » — (Le *Soleil*, 25 novembre 1886.)

Nous doutons fort du succès de cette entreprise cléricale. Il y a bien peu de place aujourd'hui pour les adversaires de la Science et du Progrès.

Comparaison de l'enseignement médical en France et en Allemagne (*fin*) (1).

L'étudiant français sous notre nouveau régime, est contraint une année entière, sur huit semestres d'études obligatoires, de s'adonner tout entier à la physique, à la chimie, à l'histoire naturelle. Le jeune élève croyait cependant apprendre la médecine dès sa première inscription. Il se fatigue de l'étude exclusive des sciences accessoires.

Faut-il donc craindre de le mettre en rapport avec les cadavres, avec les malades, qui lui donneront le secret, les uns de l'anatomie, les autres de la physiologie et de la pathologie pratique. Non, c'est au lit du malade que, guidé par le maître, l'élève doit repasser chaque matin cette étude du corps humain qu'il poursuit parallèlement à l'amphithéâtre de dissection aux travaux pratiques d'histologie et de physiologie. Les études cliniques sont la synthèse et le couronnement de l'enseignement médical; elles sont longues et difficiles, et ce n'est pas trop de cinq années pour les mener à bien. L'étude de la clinique est aussi inséparable des recherches anatomo-pathologiques. L'enseignement de l'anatomie pathologique n'existe en France qu'à l'état rudimentaire; les chefs de service font seulement quelques autopsies ou bien les laissent faire à leurs internes; ces autopsies sont rarement complètes; l'examen microscopique est une exception.

En Allemagne, chaque Faculté possède un institut pathologique. Les recherches nécroscopiques sont en effet la base des études cliniques. Les autopsies sont toutes faites en présence des élèves par le professeur d'anatomie pathologique. Le maître prend soin de rappeler en quelques mots l'histoire de la maladie, que l'on ajoute au protocole de l'examen cadavérique. Et, de même que le professeur de clinique enseigne aux élèves tous les moyens nouveaux d'investigation, de même de la salle d'autopsie ils passent au laboratoire, où il leur faut pratiquer à l'aide du microscope l'examen approfondi des organes malades. Ces autopsies vraiment scientifiques où deux maîtres se communiquent, l'un les symptômes de la maladie, l'autre la description des lésions cadavériques, donnent aux élèves une instruction solide et leur apprennent chaque fois quelle relation unit les lésions et leurs signes sensibles, pourquoi et comment, dans les cas où le diagnostic était erroné, on a été conduit à méconnaître la lésion réelle. Les cliniques seules de l'Hôtel-Dieu de Paris disposent en France de ces ressources, grâce au zèle infatigable de M. le professeur Cornil, à qui nous devons à la fois la réorganisation de l'histologie normale et pathologique, et l'innovation des recherches de bactériologie. Nos examens de doctorat comportent un interrogatoire de quinze minutes sur chacune des branches de l'enseignement. Quelle différence avec l'examen d'Etat des Facultés allemandes! C'est qu'en France la centralisation est excessive ; les Facultés ont trop d'élèves, les Ecoles préparatoires en ont trop peu. Nos grandes villes cependant possèdent des éléments d'études qui devraient profiter à la science et à la société en formant des savants et des praticiens; mais les étudiants sont naturellement attirés vers les Facultés, puisque les professeurs des écoles préparatoires n'ont pas le droit de faire passer les examens du doctorat. Au cours d'une remarquable revue sur l'enseignement médical dans les divers pays, le professeur Billroth, le grand chirurgien de Vienne, ne

(1) Voir *Progrès médical*, n° 48.

© BIU Santé

peut comprendre que certains professeurs aient le droit d'enseigner à la fois la médecine et de faire des docteurs, et que d'autres, jugés par l'Etat dignes d'enseigner, ne soient pas dignes de juger leurs élèves.

Sur nos vingt-trois Facultés et Ecoles de médecine, Paris absorbe plus de la moitié des élèves. Les jeunes gens, fascinés par les plaisirs de la capitale, encombrent le quartier latin. C'est à peine s'ils connaissent de vue les professeurs de l'école. Quoi de plus triste que certains cours au grand amphithéâtre de la faculté où on ne rencontre que cinq ou six auditeurs. Le cours théorique n'est pour ainsi dire qu'une corvée officielle. Il n'y a pas en Allemagne de cours de pathologie : n'est-il pas naturel que l'enseignement de la pathologie échoit aux chaires de clinique. Multipliez les chaires de clinique, et chaque professeur, stimulé par l'émulation, prendra à cœur d'instruire ses élèves et leur apprendra chaque année, en généralisant les cas observés, toute la pathologie. En Allemagne, l'élève ne subit l'examen d'Etat qu'après avoir été inscrit comme opérateur aux diverses cliniques, et partout il est suffisamment initié aux soins pratiques qu'il devra désormais donner seul. En France, à moins d'avoir passé par l'internat, l'étudiant n'est que rarement admis à la faveur d'intervenir lui-même, et c'est seulement en débutant dans la clientèle qu'il fait son premier acte de praticien. Jusqu'à l'obtention du doctorat, la comparaison n'est certes pas à l'avantage de la France; mais c'est principalement dans la carrière du professorat que le régime libéral des Universités allemandes nous montre sa supériorité et sa fécondité. Chacun, à Paris, dès la quatrième année d'internat, lutte avec outrance pour acquérir un bagage théorique et gagner le rang d'agrégé. Les épreuves cliniques du concours d'agrégation, pour lesquelles il n'est accordé que dix à quinze minutes, ne peuvent être considérées comme sérieuses. Comparons-les seulement aux épreuves cliniques de l'examen d'Etat que doit subir en Allemagne, tout candidat au titre officiel de médecin. Ces concours si longs de l'agrégation ne mènent à rien. Le nouvel agrégé, qui vient jusqu'à l'âge de trente-cinq ans de se consacrer uniquement aux études théoriques, n'est jamais sûr de devenir titulaire. Est-il même toujours capable d'enseigner. On peut être un savant et très mauvais professeur. L'agrégation ne rapporte à ceux qui l'ont conquise, aucun bénéfice pécuniaire appréciable. Il faut vivre pourtant, et le titre d'agrégé, de médecin des hôpitaux, ne devient plus qu'une bonne recommandation pour se mettre en vue et attirer de nombreux clients. Nécessité oblige : Les visites et les consultations absorbent le jeune savant, qui vers quarante ans seulement se trouve chef d'un service hospitalier. Il est alors épuisé par les concours et n'a plus le courage de consacrer son temps à la science et à l'enseignement. Pour le Privat Docent, c'est autre chose; celui-ci, au sortir de l'examen d'Etat, est libre d'enseigner. Sa valeur scientifique seule, ses travaux personnels, ses capacités pédagogiques lui permettent d'aspirer au titre de professeur. Celui qui, tout jeune encore, se distingue par ses talents, par le nombre de ses élèves, est bientôt choisi comme professeur par une petite Université. Les prérogatives de sa chaire le mettent à même de travailler davantage, de se faire alors un véritable nom scientifique, et il est bientôt choisi selon ses mérites par l'une des grandes Universités, telles que Vienne ou Berlin. Peu importe à l'Université où la chaire est vacante de s'attacher un Hongrois, un Autrichien, un Allemand, un Hollandais, pourvu qu'il ait subi l'examen d'Etat et qu'il soit à la fois un savant et un bon maître. C'est ainsi que Paris a bien failli il y a peu d'années être privé de deux de nos plus grands savants, appelés par une Université suisse, et qu'a su retenir en France l'amour de la patrie.

Liberté d'enseigner, liberté d'apprendre : tel est le caractère des hautes études en Allemagne. Les 28 Universités jouissent dans tout l'empire des mêmes privilèges. La liberté des études est profondément enracinée dans les mœurs. Aucun des petits Etats ne peut forcer les étudiants de se fixer dans telle ou telle Université. Un programme officiel fixe simplement les cours réglementaires, que l'élève suit où il veut. Quatre ou cinq cours parallèles sont faits par les privat docents, les professeurs extraordinaires et ordinaires. L'élève choisit parmi eux celui qu'il croit le meilleur, et la majorité des élèves se trompe rarement. Le professeur se trouve ainsi soumis à une sorte d'entrainement. N'attendant rien de l'ancienneté, il sait que son mérite seul lui fera conquérir la nouvelle chaire qu'il ambitionne. Comme chaque déplacement coïncide avec une augmentation de traitement, il en résulte que son intérêt matériel même le pousse à rivaliser de travail et d'activité avec tous ses collègues. Bien mieux, chaque professeur se trouve ainsi payé selon sa valeur. Le traitement fixe est plus élevé à Halle qu'à Würtzbourg, à Berlin ou à Vienne qu'à Bonn et Heidelberg. Les élèves aussi sont plus nombreux dans la capitale. Et ce professeur, qui aura devancé, malgré son jeune âge, des collègues plus anciens, mais moins féconds en découvertes scientifiques, jouira, par là même, d'avantages pécuniaires proportionnels à son mérite. C'est ainsi que chaque Université, ayant intérêt à posséder un plus grand nombre d'élèves que sa rivale, ne conserve jamais en activité un professeur que les élèves abandonnent et jugé par là même insuffisant. Le professeur trop âgé ou atteint par la maladie, est cependant inamovible et continue à figurer sur les listes de l'Université, mais il ne fait plus de cours; sa chaire est une sorte de chaire honoraire. L'une des grandes causes de l'autonomie des Universités allemandes, c'est leur indépendance relative au point de vue pécuniaire. Les Universités sont riches par elles-mêmes. Depuis leur antique fondation, elles sont devenues propriétaires de biens parfois considérables, et leurs revenus couvrent une grande partie de leurs dépenses. Ainsi, les revenus de l'Université de Gœttingen subviennent à plus des deux tiers des dépenses totales. Les jeunes Universités, comme Bonn et Berlin, sont les moins riches et coûtent plus à l'Etat. Comment donc nos pauvres Facultés et nos Ecoles préparatoires pourraient-elles vivre par elles-mêmes, elles qui ne datent que d'hier et qui ont dû subir tant de vicissitudes?

Il n'y a d'Université en Allemagne que là où se trouvent réunies les quatre facultés : Théologie, philosophie et droit, médecine. « On est frappé d'étonnement, nous dit M. Schutzemberger, l'éminent professeur de notre ancienne Faculté de Strasbourg, quand on jette un coup d'œil sur le vaste programme des matières enseignées dans les universités Allemandes. C'est à la Constitution forte et libérale de ses nombreux centres d'enseignement supérieur, disséminés dans les différents états, c'est à ses universités que l'Allemagne doit le rang éminent et vraiment hors ligne qu'elle occupe dans le domaine des lettres et des sciences. C'est du sein des universités que s'est répandu dans toute l'Allemagne cet énergique sentiment d'unité nationale, qui, malgré d'anciennes et profondes divisions territoriales, politiques et religieuses a fini par enflammer tous les cœurs germaniques. Ce lien national indissoluble, qui réunit les universités allemandes, se retrouve dans deux faits que les gouvernements ont été obligés d'accepter et de respecter : « la liberté des études, les libertés universitaires. »

Je cite à dessein ces paroles que prononçait en 1870 M. Schutzemberger, et qu'il répétait encore quelques années plus tard. Nous n'accuserons pas de germanisme le savant alsacien, victime des ennemis d'Outre-Rhin. Il admirait les universités Allemandes, et il était de son devoir de patriote de signaler à la France les réformes urgentes. Ces idées nouvelles, jeunes élèves, germent entièrement parmi nous. Quelques-uns de nos maitres, soucieux de l'avenir, ont déjà réclamé la décentralisation, la liberté d'enseigner. Nous admettons le contrôle de l'Etat; il faut des programmes et des examens officiels; mais là doit se borner le pouvoir central. Le professeur Ollier, de Lyon, au Congrès des chirurgiens Français, déplorait il y a quelques jours l'affluence à Paris de tant de jeunes savants dont l'intelligence reste stérile, quand ils pourraient si bien hors de la capitale donner libre cours à leur activité, à leur légitime ambition. Réclamons, Messieurs, les libertés universitaires. Professeurs et élèves travaillons tous à la réforme de l'Enseignement médical. Notre initiative enrayée n'attend que le signal du réveil. Rappelons à nos gouvernants que l'avenir du pays est lié à la prospérité des hautes études. Que tous les corps enseignants se joignent à nous pour cette œuvre de régénération. Et que la France, un instant hésitante, reprenne enfin parmi les nations le rang qu'elle n'aurait jamais du céder.

Dr Doyen.

© BIU Santé

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 6. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Lannelongue, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Trélat, Guyon, Budin; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Landouzy.

MARDI 7. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Campenon ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Peter, Grancher, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Ball, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Proust, Debove.

MERCREDI 8. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard ; — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Fournier. Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Lannelongue, Reclus.

JEUDI 9. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Le Fort, Duplay, Peyrot. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Bouilly ; — (2e partie) : MM. Vulpian, Grancher, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pajot, Panas, Richelot ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Peter, Raymond — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Brouardel, Debove.

VENDREDI 10. — 2e *de Doctorat* (1re partie) : MM. Guyon, Damaschino, Reynier; — (2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Pouchet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Lannelongue, segond.

SAMEDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Campenon.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 8. — M. Goulon. Des divers modes de traitement de l'hygroma prérotulien, et en particulier du traitement par l'incision antiseptique. — M. Courémenos. De la naphtaline envisagée particulièrement pour les maladies des voies urinaires. — *Jeudi* 9. — M. Régent. Contribution à l'étude de la folie à deux, ou de la folie communiquée. — M. Réaucar. Le béribéri à Poulo-Condore. — *Vendredi* 10. — M. Lancry. Contagion de la diphtérie. — M. D'oelsnitz. De la pachyvaginalite syphilitique. — M. Pigornet. De l'emploi du salicylate de soude dans l'orchite blennorrhagique. — M. Godet. Intervention chirurgicale dans les carcinomes.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 21 novembre 1886 au samedi 27 nov. 1886, les naissances ont été au nombre de 1097 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 434 ; illégitimes, 143. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 369 ; illégitimes, 151. Total, 530.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 nov. 1886 au samedi 27 nov. 1886, les décès ont été au nombre de 1001, savoir : 533 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 8, F. 7, T. 15 Variole : M. 1, F. 0, T. 1.— Rougeole : M. 11, F. 12, T. 23.—Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3.—Coqueluche : M. 4, F. 3, T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 15, F. 7, T. 22. —Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 3, F. 3, T. 6. —Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques: M. 00, F. 00, T. 00.—Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 17, F. 21, T. 38. — Phthisie pulmonaire : M. 126, F. 81, T. 207. —Autres tuberculoses : M. 15, F. 8, T. 23.— Autres affections générales : M. 19, F. 38, T. 57.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 29, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 17. T. 37. — Pneumonie : M. 28, F. 26, T. 54. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 16, T. 28. — Athrepsie : M. 47, F. 21, T. 68. — Autres maladies des divers appareils : M. 155, F. 163, T. 318. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 15, F. 3, T. 18. —Causes non classées : M. 10, F. 8, T. 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 94 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 43, illégitimes, 10. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 10. Total : 41.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Dernières questions posées à l'épreuve orale d'anatomie : *Rapports de la vessie chez l'homme ; — Articulation du coude ; — Configuration extérieure du cerveau ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports de l'estomac ; — Rapports du cœur ; — Artère humérale ; — Muscle grand oblique de l'abdomen.* — L'épreuve orale de pathologie a commencé il y a huit jours. La première question a été : *Manière de faire une autopsie.*

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Médaille argent* : Ce concours vient de se terminer de la façon suivante. *Prix :* M. SÉBILEAU, interne de 2e année à l'hôpital Saint-Louis (Médaille d'Argent). — *Accessit :* M. PLICQUE, interne de 2e année à l'Hôpital des Enfants-Malades. — 1re *Mention :* M. KLIPPEL, interne de 2e année à la Salpêtrière. — 2me *Mention :* M. LAFFITTE, interne de 2e année à hôpital Tenon. — Les questions données à l'épreuve orale (2e division : internes de 1re et 2e années) ont été : 1° *Mal de Pott sous-occipital ;* — 2° *Causes, signes et marche de la paralysie faciale.* — La question donnée à l'épreuve orale (1re division : internes de 3e et 4e années) a été : *Luxations traumatiques de la hanche.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les jurys suivants ont été constitués pour les divers prix donnés chaque année par la Faculté de médecine de Paris : 1° Prix Barbier : MM. Béclard, Duplay, Guyon, Lefort et Regnault.—2° Prix Montyon : MM. Brouardel, Fournier, Grancher, Peter et Proust.—3° Prix Chateauvillard : MM. Brouardel, Charcot, Damaschino, Lannelongue et Trélat. — 4° Prix Jenner : MM. Brouardel, Gautier, Hayem, Laboulbène et Proust.— 5° Prix Lacaze : MM. Cornil, Jaccoud, Potain, Germain Sée et Vulpian.— 6° Prix des thèses : MM. Ball, Cornil, Guyon, Hayem, Mathias-Duval, Panas, Peter, Potain et Tarnier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Hôpital de la Charité. — Cours de clinique médicale :* M. le Pr POTAIN commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 7 décembre 1886, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis et samedis suivants, à la même heure.

— *Hôpital Necker. — Cours de clinique médicale :* M. le Pr PETER commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 8 décembre 1886, à 9 heures et demie, à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. Les vendredis : Leçons de séméiotique et diagnostic.

— *Cours de chimie biologique.* — M. le Pr A. GAUTIER commencera le cours de chimie biologique le mardi 7 décembre 1886, à midi, et le continuera les mardis suivants, à la même heure (Grand Amphithéâtre). — Objet du cours : Production et transformations des matières organiques chez les êtres vivants.

— *Anatomie* (cours du chef des travaux). — M. FARABEUF, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le lundi 6 décembre 1886, à 4 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr DUFLOCQ est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M Bourcy, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. ROUX, licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Sacousse, démissionnaire. — M. Suzanne est maintenu dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique. — M. DOUTEAU, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Merlet, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — *Médecine :* Prix de la Faculté. (1re année) : Prix, médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Mongour (Charles) ; mention honorable, M. Baudet (Raoul). — 2e Année : Prix, médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Dumur (Jean); mentions honorables, MM. Lespinasse (Etienne), Durand (Paul). — 3e Année : Prix, médaille d'argent et 185 fr. de livres, M. Kuzmierski (Adrien). — 4e Année ; Prix, médaille d'argent et 185 fr. de livres, M. Viéron (Dominique). — Prix du Conseil général : Prix de 300 fr., M. Vincent (Jean). — Prix Godard : Prix de 2,000 fr. des docteurs stagiaires, M. Denucé (Jean). — Prix des thèses de l'année : Médaille d'or d'une valeur de 500 fr., M. Denucé ; prix, médaille d'argent d'une valeur de 200 fr., MM. Nabias (Barthélemy), Cassaët (Jean) ; prix, médaille de bronze, MM. Aubin (Noël), Berjon (Augustin), Biar (Dominique), Delon-Sorbé (Pierre), Facieu (Jules), Guérin (Jean), Pillot (Joseph), Rabaine (Charles), Sengense (Bernard), Treille (Maurice).

Pharmacie : Prix de la Faculté. 1re année : Prix, médaille d'argent et 30 fr. de livres, M. Bordier (Léonard) ; mention honorable, M. Duphil (Jean-Baptiste). — 2e année : Prix, médaille d'argent et 75 fr. de livres, M. Douteau (Jules) (Vendée) ; mentions honorables, M. Tourneau (Auguste) et M. Beille (Guillaume).— 3e année : Prix, médaille d'or d'une valeur de 300 fr., M. Roux (Jules) ; mention honorable, M. Gauthier (Eugène). — Prix du Conseil général : Prix de 200 fr., M. Douteau ; mention honorable, M. Roux. — Prix Barbet : Prix, médaille d'argent d'une valeur de 50 francs, M. Tourneau ; mention honorable, M. Fauché (Antoine).

Prix des travaux pratiques : 1re année. Prix, M. Fauché ; mention honorable, M. Bordier. — 2e année. Prix, M. Tourneau ; mention honorable, M. Roy (Pierre). — 3e année. Prix, M. Roux ; mention

© BIU Santé

honorable, M. Merlet (Pierre) (Prix, 100 fr. de livres pour chaque année.)

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. JOYEUX-LAFFUIE, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. TOUSSAINT est nommé aide-préparateur d'histologie, en remplacement de M. Muchembled, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. ROUX, docteur en médecine, préparateur du laboratoire de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, chef des travaux chimiques dudit laboratoire, en remplacement de M. Aubert, démissionnaire.—M. LECORDONNIER (Michel), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé pour l'année scolaire 1886-1887, préparateur du laboratoire de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. – M. le professeur TESTUT a ouvert son cours d'anatomie par une leçon magistrale des plus brillantes. M. Testut s'est attaché à montrer que l'ontogénie, les organes rudimentaires et les anomalies prouvaient péremptoirement que l'homme descendait d'un ancêtre, qui lui a été commun avec le singe. Réfutant les objections qu'on a faites à la doctrine de l'évolution appliquée à l'homme, il a prouvé, par des faits saisissants, les différences anatomiques que présentent l'homme actuel et l'homme de la pierre polie, et surtout l'homme quaternaire. — M. MONDAN est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique chirurgicale. (*An. méd.*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. MOITESSIER est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Hugouneng, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — MM. LENEZ et VITOUX sont nommés aides de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de MM. Haushalter et Lefranc, démissionnaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. VALLOIS est maintenu dans les fonctions de préparateur d'hygiène.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. DEPOULLY (Louis), bachelier ès sciences, est nommé préparateur du cours de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. DUCRUZEL, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale et chef des travaux chimiques à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — M. GAUDIN, suppléant des chaires de chimie et de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé, en outre, jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef des travaux chimiques et physiques à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 28 novembre 1886, un concours s'ouvrira le 1er juin 1887, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. le Dr ROLLAND est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. le professeur LEDUC est transféré, sur sa demande, dans les chaires de clinique externe, en remplacement de M. Fleury, nommé professeur honoraire.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. le Dr BROUSSOLLE est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ETUDES. — Le laboratoire dépendant de la chaire de Zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), occupée par M. le professeur Perrier au Muséum d'Histoire naturelle, est rattaché à la troisième section de l'Ecole pratique des Hautes Etudes (sciences naturelles).

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 28 novembre 1886, un concours s'ouvrira, le 16 juin 1887, devant la faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. GAY, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Ecole, en remplacement de M. Courchet, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. THOUVENIN, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, est chargé en outre, à ladite Ecole, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de zoologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Sont proclamés lauréats : *Elèves en médecine*. Première année : 1er prix, *ex æquo*, MM. Guépin et Monnier ; — 2e prix, M. Brianceau ; — mention honorable, M. Filandeau. — Deuxième année. 1er prix, M. Guibert ; 2e prix, M. Voyer ; accessit, M. Joüon. — Troisième année. Prix : M. Rivet. — Clinique. 1er prix, M. Rousseau ; 2e prix, M. Bécigneul. — *Elèves en pharmacie*. — Première année : 1er prix, M. Perron ; accessit, MM. Mocudé et Grias. — Deuxième année. 1er prix, M Allaire. — Travaux pratiques. Première année : 1er prix, M. Perron ; 2e prix, M. Martineau ; accessit, M. Guilbaud. — Deuxième année. 1er prix, M. Aynard ; 2e prix, M. Bouliau. — Troisième année. 1er prix, M. Perrouin ; accessit, M. Challonneau.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — M. PION, suppléant de chaires de pathologie et clinique externes et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est chargé, en outre, jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. — M. ROLAND, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie à ladite Ecole.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES, — *Faculté de médecine de Würzburg* : A la place du professeur Grashey, appelé à Munich, elle propose en première ligne M. le Dr JOLLY professeur de Psychiatrie à Strasbourg ; en deuxième ligne, M. le Dr RIEGER, privat docent à Würzbourg. — *Saint-Pétersbourg* : M. le Dr PETERSEN, de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur à l'Institut clinique de la princesse Hélène (chaire des maladies cutanées et syphilitiques).— *Faculté de médecine de Prague* : M. le Dr W. FISCHL, privat docent, est chargé du cours d'accouchements et obstétrique pendant la maladie de M. le Dr Bandl. — M. le Dr HEULNER, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de pédiatrie. — *Faculté de médecine d'Innsbruck* : M. le Dr LANG, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire des maladies de la peau.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — La section d'anatomie et zoologie de l'Académie des sciences a présenté lundi dernier la liste des candidats à la place devenue vacante par la mort de M. Milne-Edwards : en 1re ligne : M. Sappey, en 2e ligne : M. Dareste ; en 3e ligne : *ex-æquo*, MM. Ranvier, Périer et Filhol ; en 4e ligne, *ex-æquo*, MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

ASILE D'ALIÉNÉS. — *Concours pour l'internat*. Le jury du concours pour l'internat en médecine des asiles de la Seine qui doit s'ouvrir le 6 décembre est ainsi constitué : MM. Bigot, Bouilly, Bourneville, Dagonet, Deny, de la Maëstre et Rendu. Les candidats suivants sont au nombre de 14.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE. — MM. Berthelot, membre de l'Institut, sénateur, professeur au Collège de France, et Gréard, membre de l'Institut, vice-recteur de l'Académie de Paris, sont nommés membres du Conseil supérieur de l'enseignement technique, en remplacement de MM. J.-B. Dumas et Tresca, décédés.

CONSULTATIONS GRATUITES POUR MALADIES DES YEUX.— M. le maire du sixième arrondissement de Paris nous informe que des consultations gratuites pour les maladies des yeux seront organisées en faveur des indigents, le samedi 4 décembre prochain, à la mairie du Luxembourg (place Saint-Sulpice). Ces consultations seront faites par M. le Dr Ad. Piéchaud, inspecteur des écoles, et auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à une heure.

CHOLÉRA EN ALLEMAGNE. — On annonce qu'il y a eu quelques cas de choléra à Breslau.

EXAMEN POUR L'EMPLOI DE CHIMISTE ET D'EXPERT INSPECTEUR AU LABORATOIRE MUNICIPAL. — Un examen pour les emplois de chimistes et d'experts-inspecteurs au Laboratoire municipal de chimie établi près la Préfecture de police aura lieu le lundi 7 février 1887, à dix heures du matin. Les candidats devront en conséquence adresser une demande à la Préfecture de police (secrétariat général, service du personnel en y joignant : 1° Leur acte de

© BIU Santé

naissance; 2° Un extrait de leur casier judiciaire; 3° Leur livret militaire; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs; 5° Une notice faisant connaître leurs antécédents et leurs études.

Cette notice devra être accompagnée des diplômes, certificats, etc., à l'appui. Cette demande devra parvenir à la Préfecture le 15 janvier au plus tard. Ne seront admis à concourir que les candidats réunissant les conditions suivantes : 1° Etre Français; 2° Avoir satisfait à la loi sur le recrument militaire; 3° Etre âgé de plus de 21 ans et de moins de 30 ans; 4° Avoir été examiné par l'un des médecins de la Préfecture de police et reconnu physiquement apte à remplir les fonctions dont il s'agit. Aussitôt leur demande parvenue, les candidats recevront à domicile un exemplaire du programme de l'examen.

Exposition d'hygiène au Havre.— Une exposition d'hygiène, qui va être installée dans la corvette « *La Favorite* », sera annexée à l'exposition maritime internationale du Havre de 1887, sous le patronage de la Société d'hygiène du Havre.

Hospice de Bicêtre. — *Concours.* — Conformément aux votes du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, le service de M. Bourneville à Bicêtre, comprenant les épileptiques adultes, les enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, hystériques et pervers, va être dédoublé le 1er janvier prochain. Il s'ensuit la création d'une nouvelle place de médecin aliéniste qui sera mise au concours soit à la fin de décembre, soit au commencement de l'année. Avis aux candidats.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place d'interne à l'hôpital Saint-Jean vient de se terminer par la nomination de M. Proux.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Monnaye est nommé médecin du lycée de Cherbourg (emploi nouveau). — M. le Dr Boursier est nommé chirurgien-adjoint du lycée de Bordeaux-Talance (emploi nouveau).

Mission scientifique. — La délégation de M. Gayet, près la mission archéologique française du Caire, est prolongée d'un an à partir du 1er décembre 1886.

Mutations dans les services chirurgicaux de la Charité de Lyon.— M. le professeur A. Fochier a pris le service de la clinique obstétricale et conserve le service de gynécologie à titre provisoire, jusqu'à l'agrandissement prochain des salles consacrées à l'enseignement des accouchements. — M. le Dr Levrat, major désigné de l'hospice de la Charité, a pris le service des salles de chirurgie qu'occupait M. A. Fochier depuis trois ans.

Nominations diverses. — M. le Dr Flaissières est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Marseille.

Nominations diverses. — M. le Dr Moreau, professeur adjoint du cours départemental d'accouchements est nommé professeur titulaire en remplacement de M. Bernier (La Rochelle, Charente-Inférieure).

Société des Chirurgiens de Berlin. — Cette société a tenu sa première séance le 22 novembre, et le président de cette séance, le Dr Adelmann a expliqué quel doit être le but et le rôle de cette nouvelle société qui ne peut avoir qu'un brillant avenir.

Troubles a la Faculté des sciences de Bordeaux. — Le jeudi 25 novembre dernier a eu lieu la rentrée solennelle des Facultés, sous la présidence de M. Ouvré, recteur de l'Académie. La fin de la cérémonie a été marquée par une manifestation dirigée par quelques étudiants contre un des professeurs de la Faculté des sciences, M. Kunstler, et motivée par la répression de la faute commise envers ce professeur par un candidat malheureux. Ces étudiants, en sortant de l'amphithéâtre, ont continué leur manifestation. Au nombre d'une centaine environ, ils ont formé un monome et se sont rendus devant la maison, où ils supposaient qu'habitait M. Kunstler. Pendant un instant on a crié, en chantant sur l'air des lampions : Démission! démission! Les étudiants s'étaient trompés d'adresse. Prévenus de leur erreur, les étudiants se sont retirés et se sont rendus devant la demeure de M. Kunstler, où le bruit a recommencé. Ensuite ils se sont dispersés. (*Le Temps.*)

Nécrologie. — Le *Journal de Paris* annonce la mort du docteur Bérard, un des membres les plus ardents du parti légitimiste. « Bérard, de 1830 à 1834, dit ce journal, a comparu trente-deux fois en cour d'assises, à la requête de l'infâme gouvernement de Louis-Philippe Egalité II. » — M. le Dr Fréderic Grohé, professeur ordinaire d'anatomie pathologique à l'Université de Greifswald, mort le 21 novembre; ancien élève et assistant de Virchow, à Würzbourg, il fut nommé en 1858, professeur extraordinaire à Greifswald et en 1862, professeur ordinaire et directeur de l'Institut, d'anatomie pathologique. Ses nombreux travaux ont été publiés principalement dans les *Liebig's und Wöhler's Annalen der Chemie und Pharmacie* (il était aussi élève de Liebig) et dans les *Virchow's Archiv* ; le principal est le suivant : *De l'existence de la matière glycogène dans les poumons et le cœur.* — M. le Dr Farre (de Londres), professeur de matière médicale et médecin du Bartholomev's-hôspital, décédé à 83 ans.—M. le Dr Dourlen (d'Argenteuil). — M. le Dr Simon Thomas, professeur à la Faculté de médecine de Leyde. — M. le Dr Zeamel, directeur de l'Ecole vétérinaire de Budapest. — M. le Dr Serge Petrovitch Kolommire, professeur de chirurgie à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

Clientèle a céder dans une jolie ville de Touraine, 8 à 12.000 francs *touchés*. Conditions très avantageuses. S'adresser au bureau du journal.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

La récente communication de M. le Pr Brouardel à l'Académie de médecine, dans sa séance du 20 avril dernier, au sujet de l'impureté des diverses digitalines existant dans le commerce, démontre une fois de plus la nécessité pour le médecin de ne pas prescrire indifféremment telle ou telle digitaline.

La *Véritable Digitaline d'Homolle et Quevenne* lui offre toujours, sous la forme de *Granules* ou de *Solution*, un médicament pur, d'une activité égale et constante. Et le nouveau Codex a décidé qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la digitaline, dont on doit la découverte à Homolle et Quevenne (1), qui doit *seule* être délivrée.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. Charcot continue chaque mardi ses conférences cliniques à la consultation de la Salpêtrière. — M. Falret. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre.—*Maladies mentales :* M. Charpentier le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Hopital des Enfants-Malades. — *Médecine* : Service de M. Grancher. Consult. le lundi à 9 h. Salle Saint-Thomas (garçons aigus) : 1, sclérose cérébro-médullaire; 3, paralysie pseudo-hypertrophique, 6, méningite tuberculeuse; 22, adénopathie trachéo-bronchique; 23, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Geneviève (filles aiguës) : 1, eczéma; 2, tuberculose pulmonaire, adénite axillaire; 14, ichtyose, broncho-pneumonie; 21, scarlatine fruste, albumine, anasarque, hydrothorax; 23, splénomégalie. — Salle Sainte-Catherine (filles chroniques) : 1, paralysie infantile; 17, rhumatisme noueux; 7, tuberculose pulmonaire, adénite axillaire — Pavillon de la diphtérie. — Salle Saint-Michel *bis* (rougeole) : 1, broncho-pneumonie, otite.

Service de M. Descroizilles. Consultation le mardi à 9 heures. — Salle Saint-Augustin (garçon aigu) : 1, tuberculose, 2, chorée et endocardite; 5, fièvre typhoïde; 6, sclérose cérébrale; 10, eczéma; 13, coqueluche; 17, broncho-pneumonie; 20, pleurésie purulente; 22, hydrocéphalie; 24, insuffisance mitrale, asystolie; 30, fièvre typhoïde; 31, amygdalite; 37, bronchite; 40, rhumatisme, endocardite. — Salle Saint-Ferdinand (garçons chroniques) : 2, mal de Pott; 5, synovite fongueuse gaine du poignet; 10, paralysie pseudo-hypertrophique; 38, coxalgie double.

Service de M. Ollivier. Consultation le jeudi. — Salle Sainte-Elisabeth : 3, tubercule cérébral; 4, chorée; 5, pleurésie purulente; 6, fièvre typhoïde; 8, chorée molle; 17, paralysie infantile; 19, coqueluche; 21, épilepsie Jacksonienne; 22, épilepsies; 24, insuffisance mitrale; 26, chorée, rétrécissement mitral; 27, méningite tuberculose; 30, tubercule cérébral; 31, sclérose cérébrale; 36, syphilis acquise; 39, varicelle; 40, spina ventosa. — Salle Sainte-Rosalie (filles chroniques : teigne).

Service de M. Labric. Consultation le vendredi à 9 heures. — Salle Saint-Jean (garçons aigus). — Salle Saint-Louis (Teigneux). Visite les lundis et vendredis. — Examen des teigneux externes le mardi. — Salle Sainte-Anne (rougeole). — Salle Saint-Jean : 3, chorée, affection cardiaque; 4, coqueluche; 5, fièvre typhoïde; 7, fièvre typhoïde; 10, péritonite tuberculeuse; 17, fièvre typhoïde; 28, adénopathie trachéo-bronchique; 23, tubercules cérébraux; 25, stomatite ulcéreuse; 27, athrepsie; 28, tuberculose; 31, coqueluche.

(1) Dépôt général à la pharmacie Collas, 8, rue Dauphine.

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 50. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 11 DÉCEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.—M. le professeur **U. TRÉLAT.**

Abcès de la fesse consécutif à la fièvre typhoïde ;

Leçon recueillie par **E. VIGNARD**, interne du service (1).

Messieurs,

Il est entré dans notre service, pour une douleur de la fesse droite, une jeune fille de seize ans et demi, très bien développée, fraiche, assez grasse, en un mot d'aspect général parfait. Si, faisant mettre la malade sur le ventre, on examine la région douloureuse, on voit que la fesse droite est le siège d'un gonflement des plus manifestes qui occupe plus précisément sa partie inféro-externe sur une étendue d'environ quinze centimètres. Cette tuméfaction est fluctuante mais d'une fluctuation qui n'est pas parfaitement évidente.

Si on dit à la malade de serrer les fesses et qu'on fasse ainsi contracter les muscles grands fessiers, la fluctuation ne disparaît pas, la tumeur devient un peu plus nette ; de là on peut déduire que la collection n'est pas sous-musculaire, sans cela, évidemment, la contraction des grands fessiers eût fait disparaître la fluctuation et affaissé la tumeur. Pourquoi la fluctuation n'est-elle pas très nette ? c'est que, d'une part, la collection est sous-aponévrotique et que, d'autre part, le pannicule sous-cutané est épais, car, je vous le répète, nous avons affaire à une jeune fille très bien portante d'ailleurs et d'un embonpoint très convenable.

Or, Messieurs, quand on trouve dans cette région qui communique avec l'excavation pelvienne par les orifices sciatiques, qui avoisine l'os iliaque, le sacrum, les articulations sacro-iliaque et de la hanche; quand on trouve, dis-je, dans cette région une collection fluctuante, il est naturel, surtout chez un sujet jeune, de rechercher une lésion des parties osseuses ou articulaires ; de plus, il faut interroger avec soin l'état de santé, en un mot il faut savoir si, oui ou non, on est en présence d'un tuberculeux. Eh bien, ici cette exploration minutieuse a été faite : on a palpé, percuté la face externe de l'os iliaque, la convexité du sacrum et les apophyses épineuses de la colonne lombaire, on a palpé à travers les parois abdominales la face antérieure de ces mêmes vertèbres lombaires, et, par le toucher rectal, on s'est assuré de l'état de la concavité du sacrum et des parois latérales de l'excavation, et tout cela n'a révélé aucun point osseux douloureux. La pression sur le grand trochanter et au niveau du col fémoral ne provoque aucune souffrance; il en est de même des divers mouvements que l'on imprime à la cuisse droite; la flexion exagérée est, il est vrai, un peu douloureuse, mais cela s'explique aisément si l'on songe que ce mouvement entraîne forcément la tension des parties molles de la fesse, siège de la lésion. Enfin, l'examen des fonctions pulmonaires et digestives, de l'état général de la malade a été fait avec la même minutie ; or les poumons sont indemnes, l'appétit est excellent, il n'y a pas trace d'amaigrissement, en un mot, la santé générale est parfaite et éloigne absolument l'idée de la tuberculose.

(1) Leçon faite en novembre 1886.

En présence de quoi sommes-nous donc? D'un kyste hydatique? C'est peu probable ; les kystes hydatiques des muscles et du tissu cellulaire constituent avant d'avoir suppuré des tumeurs rondes, ovales, et, j'insiste sur ce point, parfaitement régulières ; de plus, ils sont quelquefois fluctuants ; mais d'une fluctuation dure et ferme, parfois même, ils présentent une dureté comparable à celle d'une bille de billard. L'idée d'un kyste hydatique doit donc être éliminée ou du moins très réservée. Mais voici, Messieurs, qui éclaire le diagnostic : En août 1885, cette jeune fille a eu la fièvre typhoïde, et une fièvre typhoïde assez grave, puisqu'elle dura, y compris la convalescence, deux mois et demi. Or, pendant cette convalescence, dans le courant de septembre surviennent des douleurs lombaires, des douleurs le long du trajet du sciatique droit avec sensation d'engourdissement, de froid dans la jambe et le pied du même côté. Plus tard ces douleurs disparaissent, mais apparaît alors la tuméfaction de la fesse avec élancements douloureux.

En présence d'une relation aussi nette entre la maladie générale dont cette jeune fille a été atteinte il y a plusieurs mois, et la collection fluctuante qu'elle présente aujourd'hui, n'est-il pas naturel de penser que nous avons affaire à un abcès consécutif à la fièvre typhoïde. Il ne s'agit pas, bien entendu, ici de ces abcès, de ces suppurations multiples si fréquentes au déclin de la dothiénentérie et qui sont dues sans doute à l'infection générale ; mais d'un de ces abcès musculaires généralement uniques qui se développent dans le cours de la convalescence et dont la pathogénie est encore obscure. Vous savez que les muscles d'un typhique sont partiellement frappés de dégénérescence soit granulo-graisseuse, soit et surtout vitreuse ; ordinairement, une fois la maladie terminée, les muscles reprennent graduellement et sans trouble leur état normal. Mais que ce travail de réparation nécessité par les dégénérescences, soit exagéré, la suppuration se produit, c'est la théorie de M. Zenker. Quoi qu'il en soit de la théorie, l'origine typhique et musculaire de notre abcès nous paraît clairement établie, et elle concorde bien avec son siège sous-aponévrotique sur lequel nous avons insisté tout d'abord.

J'ai déjà observé deux ou trois de ces abcès consécutifs à la dothiénentérie ; l'un surtout, que j'ai bien présent à la mémoire et qui, grâce à ses allures insidieuses, avait un instant été pris pour un sarcôme, siégeait à la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Il avait en cela le siège habituel de ces abcès qui se développent surtout dans les grands droits, le grand oblique, les adducteurs. Notre abcès qui occupe le grand fessier a donc un siège anormal.

Maintenant, Messieurs, quel traitement allons-nous employer ici? La ponction simple, mais l'abcès est trop vaste et ne guérirait pas. Une incision large, mais c'est là une opération bien grave. Le drainage trainerait en longueur, et pendant bien des jours et même des semaines gênerait le décubitus dorsal. Pourquoi n'emploierait-on pas ici l'injection d'éther iodoformé ? Si cette substance est réputée guérir les parois des abcès tuber-

© BIU Santé

culeux, à plus forte raison guérira-t-elle une paroi indemne de la dégénérescence tuberculeuse, et en tout cas elle constitue pour cette paroi un excellent pansement antiseptique.

C'est à ce traitement, Messieurs, que nous allons donner la préférence.

Sur le conseil de M. le professeur Trélat, nous avons fait quelques recherches sur le sujet qui fait l'objet de cette clinique.

Dans une thèse de doctorat (Barot, Paris, 1876) intitulée : *Etude clinique sur deux variétés d'abcès musculaires observés dans la fièvre typhoïde*, l'auteur résume ainsi ces deux variétés : « Les uns sont caractérisés par leur apparition dans le cours de la maladie, par leurs relations avec les hémorrhagies intra-musculaires, par leur processus rapide et par la gravité de leur pronostic lorsqu'ils sont volumineux. »

« Les autres sont caractérisés par leur apparition dans le cours de la convalescence, par leurs relations intimes avec les dégénérescences musculaires de Zenker, par la lenteur de leur formation, par leur pronostic bénin en général. »

Notre abcès fait évidemment partie du dernier groupe : il s'en rapproche par tous ses caractères ; la lenteur de la marche indiquée par l'auteur est ici extrême et tout à fait comparable à celle d'un abcès froid.

De plus, au dire de tous les auteurs que nous avons consultés, ces abcès sont très rares : Zenker, qui a étudié les dégénérescences musculaires de la fièvre typhoïde, n'en a observé que deux cas. Barot, dans sa thèse, a pu réunir seulement trois observations.

Enfin, M. le professeur Trélat se souvient seulement de deux abcès analogues dont l'un, observé à Necker, s'était développé, comme nous l'avons vu, dans les muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Nous ferons remarquer, en terminant, que tous les abcès dont nous avons lu l'observation siégeaient dans les muscles grand droit, grand oblique, grand pectoral, dans les adducteurs, c'est-à dire dans les muscles qui sont surtout atteints par la dégénérescence. Aucun, jusqu'ici, ne s'était développé dans l'épaisseur du grand fessier.

CLINIQUE NERVEUSE

Asile d'Aliénés de Châlons-s-Marne.—**M. H. BONNET.**

Paralysie générale. — Boulimie. — Asphyxie par les aliments ;

Par le Dr BONNET .

Le nommé Th .. est entré, au mois de juin 1880, dans le service. Il est atteint de paralysie générale avec délire ambitieux très intense; il commence à gâter. Tous les phénomènes psychiques et somatiques, ressortissant à son état, se continuent progressivent pendant trois mois ; il devient davantage gâteux et tombe dans la plus profonde démence ; aucune prédominance d'idées n'apparaît plus, mais il y a encore des exacerbations d'agitation maniaque.

L'état un peu cyanique du malade, avec nombreuses vergetures de la peau, me donnait d'avance l'idée que des gangrènes locales apparaîtraient. Une mort accidentelle m'a empêché de constater, une fois de plus, la vérité de ce phénomène précurseur d'un terminus biologique dans la paralysie générale.

Th... est très boulimique, et mange avec voracité, sans appétence, sans choisir, et sans avoir de goût pour une chose plus que pour une autre ; toute sensation spéciale a disparu ; les ordres les plus formels sont donnés pour qu'il ne prenne que des aliments semi-liquides avec les matières solides bien divisées.

Un jour, à l'heure du dîner, il prend brusquement à un de ses camarades un morceau de viande, veut le déglutir avec voracité, et la suffocation devient imminente. On introduit une sonde œsophagique par la narine gauche ; elle franchit l'orifice postérieur ; mais on éprouve alors un obstacle infranchissable, et la sonde est réfléchie. On en essaye une plus mince, qui, après avoir éprouvé un temps d'arrêt derrière l'orifice postérieur, dans le pharynx, pénètre facilement jusque dans l'estomac. On la retire ; la cause de la suffocation n'est pas encore trouvée, et l'asphyxie devient de plus en plus imminente ; le pouls est devenu insensible ; des sueurs froides et visqueuses parcourent le corps ; la respiration est stertoreuse, la face bleuâtre. On ouvre alors de force la bouche avec un coin de bois, et j'introduis les doigts dans le pharynx pour m'assurer si je ne rencontrerais pas un obstacle derrière les piliers postérieurs, surtout celui de gauche, parce qu'il se trouve plus en face de l'œsophage. L'essai n'avait pu se faire d'abord, vu l'extrême contraction des mâchoires et l'indocilité incoercible du malade ; en faisant cette seconde tentative, j'avoue que j'agissais avec la crainte d'avoir les doigts brisés. Je sentis quelque chose de mou ; alors, j'introduis de nouveau une grosse sonde par la narine gauche pour chercher à pousser l'obstacle ; j'éprouvai la même résistance ; j'introduisis sans résultat la pince de Collin ; enfin, à la suite de toutes ces tentatives, un effort de vomissement survint, et un morceau de viande du volume d'une grosse noix se trouva dégagé et expulsé. Le malade fut encore un peu souffrant, la journée ; le lendemain, il n'y paraissait plus. Huit jours plus tard, un nouvel accès de suffocation eut lieu par suite du passage d'aliments avalés trop gloutonnement et qui furent vite expulsés.

Enfin, le malade vole à un repas un morceau de pain à un de ses camarades et mangea si brusquement, que la mort par asphyxie eut lieu avec une rapidité extrême, sans qu'on ait trouvé d'obstacle au pharynx, et sans que rien ait pu ranimer les phénomènes vitaux.

A l'autopsie, on trouva des aliments remplissant entièrement la trachée jusqu'à la bifurcation des bronches et formant un magma considérable.

Cette observation doit nous suggérer quelques réflexions. Il n'est pas impossible que la gloutonnerie seule ne détermine, par l'encombrement au pharynx, un obstacle au passage de l'air, et n'amène la mort assez rapidement malgré tous les soins donnés au malade. Ces soins n'ont pas toujours l'efficacité voulue du moment ; le malade est souvent très indocile, et le refus obstiné d'ouvrir la bouche, la contraction violente des mâchoires qui rentre dans les actions instinctives sans que la volonté soit précisément en jeu, réduisent le médecin au seul cathétérisme des fosses nasales, qui est souvent difficile et impuissant. Mais, le plus souvent, le passage des aliments dans la trachée ne reconnaît pas sa cause seulement dans une force de *vis a tergo*. — Les faisceaux musculaires, qui vont des cartilages aryténoïdes à l'épiglotte, et regardés par les anatomistes modernes comme un seul muscle impair, l'aryténoïdien, ont pour fonction d'agir sur l'épiglotte quand, au moment de la déglution, elle doit recouvrir l'ouverture

© BIU Santé

de la glotte; ils reçoivent leur innervation des nerfs récurrents. Or, je pense que, chez le paralysé général qui mange avec gloutonnerie de telle sorte que les aliments passent dans la trachée, au fait de gloutonnerie et d'encombrement par suite des matières alimentaires vient se joindre un commencement de paralysie des récurrents. Ainsi, l'encombrement seul et brusque ne suffiraient pas pour empêcher le mouvement de l'épiglotte qui éprouverait encore, et surtout dans son action, un obstacle de la part de son aryténoïdien paralysé entièrement, ou ayant déjà subi une paralysie avancée.

Il serait important de savoir si, dans les altérations des phénomènes digestifs de la paralysie générale qui reconnaissent pour cause une lésion plus ou moins avancée des pneumo-gastriques et du système ganglionnaire, il n'y aurait pas une connexité à établir avec les phénomènes décrits par Claude Bernard et dépendant de la section des pneumo-gastriques dans la région moyenne du cou. On sait que les aliments arrivent alors dans l'estomac, en suivant l'œsophage paralysé, par leur propre poids avec précession de certaines contractions du pharynx; la sécrétion du suc gastrique se trouve arrêtée et remplacée par un liquide muqueux, filant. Dans notre cas, je ne serais pas éloigné de croire à la connexité du phénomène; et cette condition passive d'électro-dynamie, unie aux défauts de réaction chimique des voies digestives, donnerait une explication à la diarrhée, à l'état gâteux qui, je l'ai dit depuis longtemps, ne doit pas seulement avoir sa raison d'être dans le relâchement du sphincter anal.

Quand le paralysé général mange avec une boulimie incoercible, je pense donc que les aliments descendent rapidement dans l'estomac, en vertu du rapport de connexité que je cherchais à établir tout à l'heure, sont mal digérés, passent rapidement dans l'intestin. Le malade éprouve souvent le besoin de manger; quand on lui présente des aliments, son manque de raison, uni au besoin végétatif, les lui fait engouffrer; de là des accidents.

Quels sont, entre les aliments solides, demi-liquides ou liquides, ceux qu'on doit préférer chez les paralysés généraux? Assurément, ce sont les aliments demi-liquides. Si les premiers s'engouffrent brusquement au pharynx, il peut être souvent difficile et même impossible de les retirer à temps; s'ils pénètrent dans la trachée, tout traitement devient inutile. — Les aliments liquides, à cause du peu de ressort de l'épiglotte, peuvent pénétrer en trop grande quantité, et comme en un entonnoir, dans la trachée et déterminer aux poumons une suppression brusque de l'hématose qui, chez les paralysés généraux, se fait déjà très mal. — Somme toute, je donne la préférence aux aliments semi-liquides dont les premiers molécules, arrivant au larynx, se trouveront plus facilement expulsés que les solides qui ne rencontreront pas une force de rejet nécessaire, et que les liquides qui passeront tout droit.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours est ouvert pour deux places d'internes à la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. Les pièces à produire sont les suivantes : 1° Acte de naissance ; 2° Certificat de scolarité constatant le nombre d'inscriptions prises ; 3° Certificat d'un chef de service. Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures, au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur sont imposées et sur les avantages qui leur sont réservés. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au samedi 18 décembre 1886. »

CLINIQUE CHIRURGICALE

Décollement épiphysaire de l'extrémité interne de la clavicule. — Blessure du cul-de-sal pleural. — Emphysème. — Contusion violente et épanchement sanguin des deux membres inférieurs. — Gangrène des deux jambes. — Septicémie. — Mort. — Autopsie (1);

Par M. le Dr F. VERCHÈRE, chef de clinique de la Faculté.

Le nommé De..., maçon, âgé de 20 ans, est apporté, le 22 juin 1886, à l'hôpital de la Pitié (salle Michon, n° 49) (service de M. VERNEUIL).

Le blessé est un garçon robuste, vigoureux, solidement musclé. Il travaillait dans une raffinerie, lorsque imprudemment il s'approcha d'une courroie de transmission. Il fut saisi par elle et emporté par ses vêtements; il fit ainsi, disent ses camarades, trois fois le trajet de la transmission, projeté à plusieurs reprises sur un mur voisin ou sur le sol. Lorsqu'on l'apporte à l'hôpital, je le trouve dans l'état suivant : Hébétude profonde, ne peut répondre aux questions qu'on lui pose. La respiration est haletante, violente dyspnée. Pâleur de la face; la peau est froide, le pouls est très rapide et très petit. La température prise immédiatement atteint 35°2. La dépression et la stupeur sont profondes.

En examinant le malade, je trouve un emphysème sous-cutané occupant toute la partie supérieure du thorax, le cou et la moitié inférieure de la face. Les saillies et dépressions au niveau de la base du cou sont complètement effacées. La crépitation gazeuse est perçue jusqu'à la partie inférieure du thorax. Pas d'hémoptysie.

Il est impossible, à travers cette énorme couche de gaz infiltré, de rechercher quelle lésion a pu la déterminer. Néanmoins on pense à un enfoncement du thorax, et à des fractures de côtes multiples. Le malade peut remuer les membres supérieurs qui, en aucun point, ne présentent de fracture.

Les membres inférieurs sont très fortement lésés. Les deux mollets sont tranformés en un vaste épanchement sanguin. La peau du talon du côté droit est totalement enlevée. Autour des malléoles, dans la loge rétro-malléolaire, la plante du pied de ce côté est infiltrée de sang. Enfin, vers la partie moyenne de la jambe se trouve une plaque blanche, ischémiée, décollée; il est évident qu'en ce point il se fera une escharre étendue. Il est difficile de reconnaître si, au-dessus de ces broiements des parties molles, il existe des fractures ou des arrachements. On fait des injections d'éther dans la nuit et deux injections de morphine pour calmer la dyspnée. Le lendemain matin 23 juin, le thermomètre marque 37,8 et le soir 37,8; le malade est plus calme, la respiration est moins anxieuse. L'emphysème n'a pas augmenté d'une façon notable.

Mais du côté de la jambe droite, on constate l'apparition d'une teinte bronzée qui s'étend depuis le mollet jusqu'au genou. La teinte s'arrête nettement, sans œdème, sans empâtement, le malade se plaint de douleurs vives dans les deux membres. — Du côté gauche, la peau prend une couleur ecchymotique depuis le pied jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe.

Le 24, le thermomètre monte le soir à 39°. Le malade est agité. Les douleurs persistent, violentes, au niveau des deux jambes. La teinte bronzée de la peau s'est étendue jusqu'au-dessus du genou du côté droit.

25 *juin*. T. matin 38. T. soir, 38,6. Le malade est très affaibli. Au niveau du talon du côté droit, la peau est totalement décollée et amincie. Le membre est gonflé, et en certains points apparaissent de grandes plaques de peau grisâtre en voie de mortification. En aucun point, il n'est possible de constater la présence d'emphysème dans les tissus tuméfiés et gonflés par l'épanchement sanguin.

---

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 2 juillet 1886. — L'autopsie a été faite par M. Martin, interne des hôpitaux.

© BIU Santé

Le 26. T. matin, 39. T. soir, 40. Le malade est dans la nuit pris de délire, s'agite dans son lit, veut se lever. La teinte bronzée a diminué d'intensité. Les escharres se sont étendues des deux côtés. La peau est décollée en nombre de points. Pas de crépitation gazeuse. On fait matin et soir de la pulvérisation continue.

Le 27. T. matin, 38,9. T. soir, 40,4. Etat général grave. Décollement étendu. — La teinte bronzée tend pourtant à disparaître. Les escharres ne sont pas étendues. — L'infiltration sanguine semble limitée au niveau du 1/3 supérieur de la jambe.

Le 28. T. matin, 39. — Les escharres semblent en voie de séparation. — Les décollements sont très étendus. Issue d'une sérosité bleuâtre, infiltrée dans tout le tissu cellulaire. Tout le pied devenu livide semble sur le point de se mortifier. Je fais au malade, sur les conseils de M. Verneuil, des transfixions ignées profondes sur toute la jambe et sur le pied. Au niveau des escharres, grandes incisions au thermo-cautère. Ces incisions et ces ponctions sont faites des deux côtés.

Le 29. T. matin, 40. Pendant toute la nuit, le malade a déliré, s'est agité. Le matin, la langue est sèche, les dents fuligineuses, le teint plombé. Les escharres sont en voie d'élimination, par les orifices s'écoule de la sérosité putride. Le malade est mourant ; on tente un dernier effort et je fais l'amputation de la cuisse du côté droit. Amputation circulaire au 1/3 inférieur. Le malade est reporté dans son lit. Il meurt le soir à 8 heures et demie avec 41,6 de température. L'autopsie est faite le surlendemain par M. Martin, externe du service, qui m'a remis la note suivante : L'emphysème sous-cutané du cou et de la face persiste après la mort et occupe toute la périphérie du thorax. A l'ouverture du thorax, on trouve du pneumothorax, le gaz contenu dans la plaie est horriblement fétide. *Ni du côté droit, ni du côté gauche, on ne trouve de fractures de côtes.* En cherchant alors à se rendre compte de la lésion qui a déterminé cet emphysème traumatique rapide et considérable, on trouve un décollement épiphysaire de l'extrémité interne de la clavicule droite. Le périoste est décollé dans tout le 1/3 interne de l'os. La clavicule fait saillie en avant, son extrémité décollée est arrondie, lisse, régulière ; au centre, on trouve deux ou trois petites parcelles de cartilages adhérentes à l'os. L'articulation sterno-claviculaire n'est pas lésée, et il reste un disque épais de 5 millimètres à peu près, formé par le cartilage et l'épiphyse de la clavicule. Le fragment est solidement maintenu par les ligaments de l'articulation ; au-devant de lui passe le faisceau sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien (1). Le tissu cellulaire sous cutané à ce niveau a subi une altération violente, et la clavicule déviée semble s'y être creusé une véritable loge. Ce tissu est en communication directe avec la région rétro-claviculaire, et à ce niveau on constate une perforation étendue à peu près des dimensions d'une pièce de 2 francs du cul-de-sac fibrineux supérieur. Le pneumothorax communique largement avec l'emphysème sous-cutané.

Le poumon, du côté droit, est sain et cependant emphysémateux, donnant lieu à une crépitation très marquée lorsqu'on le presse avec les doigts. Le poumon gauche est adhérent par sa face antérieure aux 2e, 3e et 4e côtes sur une largeur de 6 à 7 centimètres. Aucune de ces côtes n'est lésée. Le poumon, de ce côté, est atteint d'hépatisation grave, dans une grande étendue ; pneumonie infectieuse. Congestion des reins et du foie.

Du côté du membre inférieur, rien de particulier à signaler, la décomposition est très avancée.

Les résultats de cette autopsie sont en rapport avec ce que l'on avait observé pendant la vie. Ce sont les lésions de la septicémie due à la gangrène par contusion des membres inférieurs, pneumonie infectieuse et congestion très marquée des viscères.

Le côté intéressant réside surtout dans la lésion qui a déterminé l'emphysème thoracique ; il était bien difficile dans ce cas de ne pas croire à une fracture des côtes ; l'étiologie, la dyspnée, l'apparition subite, en quelque sorte, de l'emphysème, tout devait faire penser au diagnostic d'enfoncement des côtes. — L'épaisseur des parois due à l'infiltration de l'air, empêchait l'exploration directe, enfin il n'était guère possible de supposer une lésion aussi insolite que celle que l'on a observée.

Les décollements de l'os épiphysaire de la clavicule sont des plus rares en effet ; et dans les auteurs il n'en est pas d'exemples bien probants. — Diverses circonstances sont nécessaires pour que ce décollement puisse se faire. L'âge du malade : Ce n'est que pendant très peu de temps qu'existe le point complémentaire d'ossification de la clavicule, tous les auteurs et M. Sappey entre autres, disent qu'il n'apparaît que vers l'âge de 20 ans et que, très peu de temps après son apparition, se fait la soudure. C'est donc dans cette période très courte que la lésion peut se produire. De plus, il faut une circonstance particulière pour qu'une fracture se produise à ce niveau ; on sait combien sont peu fréquentes les fractures de l'extrémité interne de la clavicule. M. Delens, dans un article paru dans les *Arch. de méd.* en 1873 n'en a réuni que 28 cas, auxquels M. Polaillon, dans son article du Dict. Dech. a ajouté 3 cas de Forget, Morel-Lavallée et Pellavin. Or, sur ces 31 cas, on trouve 12 fractures par cause musculaire, 16 par cause traumatique et 3 dont la cause est ignorée. — Dans aucune observation on ne trouve signalé le décollement de l'épiphyse.

Deux observations néanmoins ont été publiées comme des cas de décollement épiphysaire, mais n'ont pas été admises comme authentiques, en particulier par M. Polaillon. L'une a trait à un enfant de 3 ans dont l'épiphyse interne aurait été décollée par choc direct (1). Or il est bien certain que ce cas ne peut être considéré comme réel ; à 3 ans le point complémentaire interne de la clavicule, l'épiphyse n'existe pas, et il ne peut se faire de décollement. Quant au 2e cas (2) de Legros Clark, qui semblerait possible, puisqu'il s'agit d'un acrobate de 20 ans chez lequel la lésion se produisit au moment où, sur un trapèze, il cherchait à se redresser avec les deux bras violemment tendus en haut et en avant ; il manque des vérifications anatomiques ; aussi Legros Clark se contente-t-il de poser l'hypothèse d'un décollement épiphysaire sans l'affirmer, et a-t-il soin d'intituler son observation : Cas d'arrachement de l'épiphyse interne de la clavicule ou *fracture de l'extrémité interne de la clavicule.*

Le fait relaté plus haut semble donc, d'après nos recherches, être le seul absolument authentique et vérifié par l'autopsie ; il présente en plus ce fait intéressant d'une lésion de la plèvre par la clavicule rompue, complication bien rare dans l'histoire des fractures de cet os.

(1) Pièce déposée au Musée Dupuytren.

(1) Longsdale. *Fract. de l'ext. interne de la clavicule chez un enfant de 3 ans par choc direct. Practical Treatise on Fractures and Dislocations*, p. 206. 1886.

(2) Legros Clarck. *Cas d'arrachement de l'épiphyse interne de la clavicule ou fracture de l'extrémité interne de la clavicule. Gaz. heb.*, 1866, p. 815.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Places de médecin et de chirurgien vacantes dans les hôpitaux* : 4 places de médecins et une place de chirurgien sont actuellement vacantes dans les hôpitaux. *Médecins* : 1, hôpital Trousseau (décès de M. Triboulet) ; — 1, hôpital Saint-Antoine (ouverture du pavillon Moiana) ; — 1, hôpital de la Charité (nomination du professeur Peter à la chaire de l'hôpital Necker) ; — 1, Hôtel-Dieu (par suite de la retraite de M. Moutard-Martin, atteint par la limite d'âge). — *Chirurgien* : 1, hôpital Trousseau (décès de M. Gillette).

EPIDÉMIES. — On signale une petite épidémie de fièvre typhoïde à Clermond-Ferrand et une autre dans quelques communes du département du Lot. — On vient de déclarer infecté par la fièvre jaune le port de Rio-de-Janeiro. — Depuis quelques mois, la diphtérie fait à Madrid de nombreuses victimes. — Le choléra sévit encore actuellement à Buenos-Ayres et aux environs.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Révision de la loi sur les aliénés.

En tenant compte de l'accélération de vitesse imprimée par les progrès de toutes les sciences au mouvement de transformation des sociétés modernes, il y a certainement plus de différence entre la France d'aujourd'hui et celle du Consulat, qu'entre la France de Louis XVI et celle de Henri IV. Tout notre mécanisme social, politique, judiciaire, fiscal et administratif date d'une époque où Marseille était plus loin de Paris que ne l'est aujourd'hui Saint-Pétersbourg, d'un temps dont les contemporains, s'il leur était donné de revenir parmi nous, y seraient plus désorientés qu'un guisard en pleine Fronde. Ajoutez à cela que l'instaurateur de ce mécanisme, loin d'y chercher les moyens de satisfaire à l'esprit de la Révolution, visait à en faire l'instrument commode du pouvoir absolu; que son œuvre, sur bien des points, reprit et aggrava les traditions de Louis XIV; qu'enfin les gouvernements suivants s'appliquèrent plus ou moins consciemment, dans leurs lois nouvelles, à défendre des intérêts oligarchiques contre le courant démocratique. Si bien qu'en somme nos institutions ayant plutôt rétrogradé, tandis que, malgré tout, la société progressait, on n'exagère pas en estimant à deux siècles l'écart entre les besoins de l'une et l'état des autres. Pour mettre nos lois en harmonie avec la forme républicaine et nos tendances sociales, il y avait donc, peut-être, à essayer des réformes plus importantes et plus urgentes que la révision de la loi sur les aliénés. Mais on a toujours mauvaise grâce à demander aux gens, gouvernements ou assemblées, plus qu'ils ne peuvent donner, et la sagesse consiste à bien accueillir un petit progrès sans renoncer aux grands. Le point est de savoir si la nouvelle loi sur les aliénés sera un progrès sur l'ancienne. Dans l'examen de cette question et dans l'analyse des discussions du Sénat, nous n'apportons aucun parti pris. Nous ne sommes ni de ceux qui trouvent parfaite la loi de 1838, ni de ceux qui lui reprochent de couvrir les plus graves attentats contre la liberté individuelle. Pour le dire en passant, il nous a toujours semblé que c'était au moins un singulier abus de langage de reprocher à la loi de 1838 de permettre des séquestrations illégales, en d'autres termes, d'imputer à la loi les violations de la loi. S'il y a eu des séquestrations illégales, la loi de 1838 n'en pouvait mais, et c'était aux personnes chargées d'appliquer celle-là qu'il fallait s'en prendre. La loi la meilleure ne vaut pas, si elle n'est appliquée, le chiffon de papier sur lequel elle est écrite. Vérité à la La Palisse, mais vérité bonne à répéter souvent, dans un pays où l'on s'imagine facilement que les textes ont une vertu surnaturelle et se font respecter d'eux-mêmes.

A vrai dire, nous ne croyons pas à la réalité de ces prétendues séquestrations illégales autour desquelles on a fait tant de bruit. C'était, sous l'Empire, quand a commencé la campagne contre la loi de 1838, une arme d'opposition plus ou moins dangereuse, à laquelle il serait bon de renoncer aujourd'hui pour voir les choses telles qu'elles sont. Rendre impossible les séquestrations arbitraires n'est au pouvoir d'aucune loi par la raison qu'aucune loi ne peut empêcher qu'on la viole. En atteindre sûrement et en punir sérieusement les auteurs, en délivrer rapidement les victimes, c'est tout ce que l'on peut faire. Aller plus loin, c'est risquer de mettre obstacle aux séquestrations nécessaires ou urgentes, c'est agir contre les intérêts des aliénés eux-mêmes, pour ne rien dire de ceux de la sûreté publique. Dans les polémiques suscitées par les allégations de séquestrations illégales, partisans et adversaires de la loi ont trop souvent oublié que la question avait deux faces; que, d'un côté, on ne pouvait rendre assez facile l'internement de l'individu aliéné; que, de l'autre, il fallait assurer la répression et le châtiment de la séquestration de l'individu non aliéné. La loi de 1838 donnait pleine satisfaction au premier de ces besoins; autant qu'elle le pouvait, elle prenait ses précautions pour satisfaire au second. L'erreur commune a été de demander à une loi spéciale ce que ne peut donner aucune loi de ce genre : la garantie que ses prescriptions seront exécutées (1). Cette garantie, c'est ailleurs et plus haut qu'on la trouvera, à condition de n'avoir pas la naïveté de ceux qui, sous l'Empire, en face de la loi dite de sûreté générale, devant la suppression de toutes les libertés, reprochaient à une loi relative aux aliénés de n'avoir pas suffisamment pourvu à leur liberté personnelle.

Mais si la loi de 1838 a fait pour l'aliéné, et même dans une certaine mesure, pour l'homme sain d'esprit, ce qu'elle pouvait avant l'internement, il faut avouer qu'après l'internement, l'internement justifié, nécessaire, elle n'a pas assez pris soin de défendre l'aliéné contre ceux qui avaient intérêt à profiter de son malheur, ou même contre certaines prescriptions légales de droit commun, tournant à son préjudice en raison de sa situation particulière.

Elle avait, en outre, le tort grave de ne pas s'occuper des aliénés qui n'étaient point placés dans un asile, public ou privé, et d'en oublier pour ainsi dire l'existence. Cet oubli pouvait lui être d'autant plus justement reproché qu'il était un démenti donné à son principe même, à l'esprit qui l'avait inspirée. Elle naissait du désir qu'on avait de mettre un terme à l'abandon où étaient laissés les malheureux aliénés, mineurs de fait, dont la société jusque-là n'avait pas songé à prendre la défense. On crut qu'il suffirait de leur ouvrir des asiles pour leur assurer protection, et c'est en quoi l'on se trompa. Enfin, la loi était muette sur des aliénés ayant commis des faits réputés crimes et ne les distinguait pas des aliénés n'ayant commis que des actes déraisonnables. Elle n'avait pas prévu qu'une locution mal faite adoptée pour les désigner plus brièvement « aliénés criminels » deviendrait pour eux une condamnation et, qu'en vertu de deux mots, hurlant d'être accouplés, on rendrait les aliénés responsables de leur délire. Elle n'avait point pensé que cette confusion dans les mots en amènerait une dans les faits et qu'on ne traiterait les

(1) Un exemple, qui ne sort pas du sujet, éclaircira notre pensée. La loi de 1838 décide (Art. 24, § 3) que : *Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans les prisons.* Cette prescription était et est encore violée chaque jour en province; elle l'était, il n'y a pas longtemps, constamment à Paris. Était-ce la faute de la loi de 1838?

© BIU Santé

aliénés dits criminels, comme les criminels aliénés, voire comme de simples criminels. Est-ce bien à elle qu'il faut s'en prendre? Quoi qu'il en soit, la confusion existe aujourd'hui et il importe d'y remédier.

Voyons maintenant ce qu'on se propose de faire. Le président de la Commission, M. Dupré, a ouvert la discussion par un exposé sommaire des vues générales de la Commission sur l'ensemble du projet, des principes qui l'ont guidée, des origines, des moyens et du but de la nouvelle loi. Il commence par rendre un éclatant hommage à la loi de 1838 : « accueillie avec une respectueuse admiration, considérée comme une loi libératrice, comme une loi charitable et humanitaire, inspirée par le sentiment le plus profond des besoins de l'humanité, prise pour modèle par les nations étrangères. » Nous n'aurions pas eu l'autorité nécessaire pour en dire autant; M. Dupré, qui a eu le privilège de suivre les débats dont est sortie cette loi, si décriée, a été témoin de l'impression produite par son apparition. Son témoignage ne saurait être récusé. Son admiration pour la loi de 1838 n'empêche point, cependant, M. Dupré de lui reprocher de ne point donner à la liberté individuelle de garanties suffisantes, de répéter une accusation sans aucun fondement que nous avons combattue tout à l'heure. Le reproche pourrait, à plus juste titre, s'adresser à M. Dupré, si l'on prenait ses expressions au pied de la lettre : « Enfermer dans un asile, dit-il, un homme qu'on soupçonne aliéné, le priver ainsi de sa liberté, est une mesure que l'intérêt public peut commander, justifier, mais à condition qu'elle soit provisoire. » Dans cette phrase éclate avec sa condamnation, le caractère judiciaire que l'on veut donner au placement des aliénés. Il suffirait d'y changer deux mots, d'y remplacer *asile* par *prison*, *aliénés* par *criminels*, pour avoir toute la théorie et la pratique de la magistrature en matière de liberté individuelle. Soupçonné, emprisonné, c'est tout un. Or, la loi de 1838 n'a jamais admis, vis-à-vis des aliénés, ni cette théorie, ni cette pratique. Il ne lui suffit pas, pour enfermer un homme dans un asile, qu'il soit « soupçonné aliéné », elle exige qu'il soit « affirmé, certifié aliéné » par un homme compétent. Elle veut que cette affirmation soit corroborée dans les vingt-quatre heures par celle d'un autre homme compétent, dans les trois jours par la nouvelle affirmation d'un troisième homme compétent. » Ces garanties ne valent-elles pas celles qui consistent d'abord à se payer d'un mot, en qualifiant la séquestration de provisoire pour ne l'appeler définitive qu'après l'intervention de personnes habituées à séquestrer sur un simple soupçon.

M. Dupré signale comme amélioration apportée à la loi, les conditions nouvelles imposées au certificat médical, conditions qui commanderont, dit-il, la confiance. Nous verrons, à la discussion des articles, ce qu'il faut en penser. Mais, dès à présent, nous pouvons dire que M. Dupré va trop loin quand il prétend que la loi était absolument muette sur la surveillance à exercer une fois les aliénés admis et maintenus dans un asile. Que les prescriptions de la loi fussent incomplètes, insuffisantes, soit; que surtout on ne leur ait pas toujours obéi, qu'elles fussent pratiquement lettre morte, soit encore; c'est déjà bien assez. Pour remédier, sinon à cette omission imaginaire, du moins à des lacunes réelles, le nouveau projet institue, dans chaque département, une commission permanente; à l'user, on en connaîtra la valeur. Son intervention fera-t-elle disparaître les aliénés « errant dans les villes, vagabondant dans les campagnes, enfermés dans des prisons, séquestrés dans leurs familles, objets de dérision ou de mauvais traitements » dont M. Dupré évalue le nombre à 50,000. La loi de 1838 n'y avait pas réussi en ouvrant à deux battants la porte des asiles; le *compelle intrare* de la commission départementale nouvelle, obtiendra-t-il un meilleur résultat? Peut-être! En tout cas, si la commission sénatoriale et le gouvernement facilitent, comme le dit M. Dupré, l'admission de ces aliénés dans les asiles, en exigeant que chaque département ait un établissement public d'aliénés, tout en permettant à deux ou plusieurs départements de s'associer dans ce but et en les autorisant à traiter avec un établissement voisin, public ou privé, ce n'est pas à eux qu'en revient le mérite. La loi de 1838 avait déjà formulé cette louable exigence et ces concessions beaucoup moins plausibles.

M. Dupré parle ensuite des aliénés criminels, et, tout en protestant comme nous contre cette appellation, déclare cependant que ni les aliénés dits criminels, ni les criminels devenus aliénés ne peuvent être placés dans les asiles avec les aliénés ordinaires. Cette proposition qui va de soi, quand il s'agit des seconds, est au moins discutable pour les premiers; ce qui ne l'est pas, c'est la conséquence qu'il en tire et qui fait partie du nouveau projet, à savoir qu'on doit les retenir pêle-mêle dans un asile spécial. Si cette révoltante promiscuité devait recevoir la sanction législative, ce serait à regretter le silence de la loi de 1838. Quant au cas spécial de la mise en liberté du criminel aliéné ou de l'aliéné criminel qui paraît si délicate à M. Dupré, elle l'est certainement en pratique, pour chaque espèce, mais théoriquement, et pour le législateur n'ayant qu'à poser la règle générale, elle ne nous paraît pas offrir de bien grandes difficultés.

Après M. Dupré, M. Th. Roussel, rapporteur de la Commission vient, à son tour, mais avec moins d'enthousiasme, rendre justice à la loi de 1838. Il reconnaît que les attaques dont elle a été l'objet étaient en général exagérées et mal fondées, qu'elles portaient à faux et passaient à côté des véritables défauts et des lacunes de la loi. Parmi celles-ci, outre la principale, l'oubli des aliénés non internés, il signale le silence qu'elle garde sur les aliénés placés à l'étranger et sur les étrangers placés en France, sur le cas où un aliéné vient spontanément demander son internement; sur les mesures à prendre quand l'aliéné résiste de vive force à son internement; sur les conditions presque toujours illégales où se font les expertises médico-légales, soit quant aux locaux, soit quant aux promoteurs de l'expertise. Il nous révèle de plus une singulière variété de séquestration illégale commise par des chefs militaires qui, embarrassés pour apprécier un acte délictueux et l'état mental d'un soldat, font conduire leur subordonné à l'asile voisin. C'est évidemment une faute, mais elle est bien vénielle.

M. Dupré avait dit que l'État ne dépense pas un cen-

© BIU Santé

time pour le service des aliénés ; il en résulte, dit M. Roussel, que, en l'absence de toute surveillance, de tout contrôle de l'Etat, il est devenu purement départemental. Il n'y a plus aujourd'hui d'inspection des asiles. Pour être juste, M. Roussel aurait dû ajouter que, dans l'esprit de la loi de 1838, le service des aliénés était un service d'intérêt général ; qu'en fait, les asiles publics, ou au moins leur personnel appartinrent longtemps à une hiérarchie rattachée au ministère de l'intérieur ; cette unité fut brisée par l'Empire sous prétexte de décentralisation, dans une comédie qui donnait aux préfets les pouvoirs du ministre pour faciliter leurs manœuvres électorales. La nécessité de réorganiser le contrôle général, aussi bien que d'assurer la surveillance locale, entraînera des dépenses auxquelles il faut pourvoir. Le projet institue, dans ce but, des taxes spéciales qui sont une des grandes innovations du projet. Enfin, M. Roussel expose que la Commission a cru que les sanctions spéciales de la loi de 1838 ne suffisaient pas et qu'il convenait de faire sortir du droit commun les faits criminels commis au préjudice des aliénés.

Le ministre de l'intérieur, M. Sarrien, déclare d'abord nettement que, avec la loi de 1838, strictement appliquée, il était impossible de faire enfermer dans un asile d'aliénés un individu sain d'esprit et de l'y maintenir à perpétuité. Il reconnaît cependant que le nouveau projet de loi contient des améliorations importantes ; mais il craint que le but n'ait été dépassé, que la commission n'ait introduit dans la loi une réglementation excessive qui amènera la non-exécution des meilleures prescriptions. Il y a trop de commissions. La commission permanente locale et le comité supérieur, délibéreront, décideront indépendamment du préfet et du ministre. La responsabilité de l'administration disparaît, et celle de la Commission étant illusoire, il n'y en a plus d'aucune sorte. Certaines prescriptions entraîneront pour l'État des charges considérables ; d'autres sont matériellement inexécutables ; par exemple celle qui oblige deux membres de la Commission permanente à visiter dans un délai de cinq jours, tout aliéné placé dans un asile. Comment faire quand l'asile sera à 50 ou 60 kilomètres du siège de la Commission et recevra plus de 200 malades par an.

M. le ministre de l'intérieur n'admire pas beaucoup l'expédient imaginé par la Commission pour faire face aux dépenses nouvelles. Il trouve dur qu'on soit frappé d'un impôt parce qu'on a un aliéné dans sa famille. Il ne pense pas que ce soit juste, ni humain. Cet impôt lui paraît en outre contraire à tous les principes de notre législation.

Passons vite sur le discours un peu trop fantaisiste de M. de Gavardie, bien qu'il renferme quelques observations assez justes.

M. Th. Roussel revient défendre le projet contre les critiques du ministre. Il répond d'abord au reproche d'établir dans chaque département deux Commissions pour les aliénés ; le projet n'en crée qu'une. Il est vrai qu'il maintient l'ancienne ; le ministre peut donc soutenir avec apparence de raison que cela fait deux. Elles n'ont d'ailleurs, dit M. Roussel, rien de commun. Quant aux fonctions de la Commission permanente, si quelque terme employé dans la rédaction, peut porter ombrage au pouvoir administratif, la Commission du Sénat est toute prête à en chercher un meilleur, car elle n'entend nullement conférer aux agents de surveillance la moindre parcelle de pouvoir administratif. Pour ce qui est des déplacements, la Commission a établi ses calculs sur un travail fait il y a deux ans au ministère de l'intérieur, et il n'y aura pas plus loin du chef-lieu à l'asile, pour les membres de la Commission permanente que pour le procureur de la République. Pour ce qui est de la taxe des aliénés, M. Roussel n'y voit que la rémunération d'un service rendu et, en Angleterre, d'où il l'a importée, elle n'a jamais, dit-il, soulevé la moindre objection.

E. T.

Clinique médicale de la Charité : Ouverture du cours de M. Potain.

M. le Pr Potain a commencé son cours de clinique médicale à la Charité, le mardi 7 décembre. Donner un compte rendu exact de cette leçon d'ouverture nous est parfaitement impossible : il nous a semblé vaguement que le professeur a traité de l'historique de l'enseignement clinique à l'étranger, en France, à Paris, à la Charité. Mais M. Potain parle tellement bas qu'on n'entend qu'un bourdonnement confus, indistinct et, certes, si sa parole est entendue des cinq ou six personnes de son service qui l'entourent, elle n'arrive absolument pas même aux premiers bancs de l'amphithéâtre, si petit cependant de la Charité. Au lit du malade, devant un auditoire de quelques personnes, le chef de service peut causer sans élever la voix, mais un professeur de clinique, faisant une leçon à l'amphithéâtre, doit faire en sorte que tout le monde puisse l'entendre pour bénéficier de son enseignement, sans quoi sa leçon, quelque excellente qu'elle puisse être, est du temps perdu aussi bien pour lui que pour les auditeurs.

Clinique médicale de l'hôpital Necker : Ouverture du cours de M. Peter.

Le nouveau professeur de clinique médicale, M. Peter, a commencé son cours à l'hôpital Necker le mercredi 8 décembre, devant une salle comble ; dans l'assistance, nous avons même remarqué nombre de médecins des hôpitaux et d'agrégés de la Faculté. Dans cette leçon d'ouverture, qui a été surtout une causerie scientifique, M. Peter a passé en revue l'histoire des différentes doctrines qui se sont succédées en médecine ; il a montré les conséquences qu'elles ont pu avoir en thérapeutique ; et, à ce propos, comme on pouvait s'y attendre, il n'a pas manqué d'attaquer les doctrines microbiennes et l'antisepsie médicale, irrationnelle et forcément inefficace. Ce n'est pas ainsi que doit procéder la clinique, qui se borne à observer terre à terre et à traiter non pas une maladie, mais des malades, ce que l'on oublie trop de nos jours. Pour lui, il fera tous ses efforts pour continuer les traditions de ses anciens maîtres : Gosselin, Cruveilhier, Monneret, H. Roger, Trousseau. — Nous n'avons pas à discuter ici les idées de M. Peter, que tout le monde connaît. Nous dirons seulement que son élocution brillante, les saillies dont il émaille ses leçons, jointes à des qualités plus sérieuses, à un talent incontestable de clinicien, ne peuvent manquer d'attirer à son cours un nombreux auditoire.

Ouverture du cours de M. Farabeuf.

M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, a commencé le lundi 6 décembre, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le cours d'anatomie dit *cours du*

© BIU Santé

chef des travaux. — On peut se demander pourquoi le chef des travaux anatomiques fait son cours dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Plusieurs raisons peuvent être données à cette anomalie. C'est d'abord que les gens chargés de la construction de la nouvelle Ecole pratique mettent à l'exécution des travaux toute la lenteur que l'on est en droit d'attendre d'architectes et d'entrepreneurs travaillant pour le compte du gouvernement ; nous avons déjà signalé cette lenteur coupable qui porte un préjudice réel à notre école d'anatomie ; nous le faisons aujourd'hui une fois de plus sans nous dissimuler que notre plainte n'avancera pas beaucoup les choses. M. le Ministre ignore sans doute que notre école d'anatomie est en train de devenir la première du monde et l'honneur de la France (1), et qu'elle reçoit et instruit chaque année plus de 1.200 étudiants ; en vérité, M. le Ministre, il faut venir voir ces choses qui devraient vous intéresser un peu ; vous verriez comme on travaille à notre école, et peut-être vous repentiriez-vous d'avoir censuré le traitement de MM. les agrégés. — En somme, l'Ecole se néglige ou se laisse négliger.

Une deuxième raison de l'anomalie dont nous avons parlé est que le grand amphithéâtre était encore beaucoup trop petit pour la foule enthousiaste des étudiants, désireux de saluer et d'acclamer l'homme qui a tant fait pour eux. Rieurs toujours et quelquefois jusqu'au tapage, mais pardessus tout très laborieux et animés du désir de travailler et d'apprendre, tels sont nos étudiants ; frondeurs, puisqu'ils sont Français, mais ayant une très juste notion de la valeur des hommes et de la reconnaissance qui leur est due.

Il y a bien encore une autre raison de l'admission de M. Farabeuf dans le grand amphithéâtre de la Faculté, mais nous ne la dirons que dans quelques jours. En effet, le cours du chef des travaux ne comprendra que neuf leçons ; il prendra fin aussitôt que la chaire d'anatomie, vacante depuis la retraite de M. Sappey, aura reçu un professeur titulaire. Alors commencera le cours du professeur d'anatomie. Dans ces neuf leçons, M. Farabeuf étudiera l'anatomie du bassin et plus particulièrement le bassin au point de vue obstétrical : la première leçon a été consacrée à l'exposition du bassin ostéo-ligamenteux. Nous n'avons pas à louer la façon dont M. Farabeuf comprend et pratique l'enseignement de l'anatomie ; l'amphithéâtre était et sera à chaque leçon trop petit.

(1) Voir dans le *Numéro des Etudiants* (n° 45, 1886), l'appréciation d'un rédacteur du *The New-York Médical Journal*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

M. CHAUVEAU continue la publication des recherches qu'il a faites en collaboration avec M. KAUFMANN sur le *rôle de la glycose dans la production de la chaleur animale*. La note qu'il dépose aujourd'hui a trait à la *calorification dans les organes en travail*. Pendant le travail qui s'accomplit dans les organes en état d'activité physiologique, la quantité de glycose qui disparaît dans le système capillaire devient plus considérable et est proportionné à la suractivité des combustions excitées par la mise en jeu des organes. Il y a peu de sucre consommé en plus dans les organes où ces combustions sont peu augmentées, comme dans les glandes, et il y en a beaucoup dans les organes, comme les muscles, où la suractivité des combustions est grande. La démonstration de cette loi ne peut se faire que sur des animaux tels que le cheval ou la vache : elle comprend deux ordres d'expériences, les unes indiquant l'analyse comparative du sang avant et pendant l'exercice des organes, les autres déterminant l'augmentation que l'activité des organes imprime au débit du sang. Pendant le fonctionnement physiologique, il passe, en effet, à travers leur substance, trois fois plus de liquide sanguin qu'à l'état de repos. Les expériences démontrent que le muscle masséter retient trois fois plus de sucre dans sa période d'activité : d'autre part, les combustions y sont trois fois plus actives. Le travail des organes augmente donc la destruction de la glycose proportionnellement à la suractivité des combustions dont ils sont le siège.

M. GILLET DE GRANDMONT indique les conditions qui favorisent la *régénération intégrale des éléments de la cornée transparente*. Elles se résument dans les trois facteurs suivants : suppression de la suppuration, repos de l'organe, absence de toute intervention irritante.

MM. ARLOING et CORNEVIN décrivent un procédé d'*augmentation de la virulence du microbe du charbon symptomatique et de la restitution de l'activité primitive après atténuation*. En additionnant d'un cinquième d'acide lactique le virus dont on veut activer les propriétés pathogènes, on obtient un virus dont l'énergie normale est au moins doublée : en ajoutant un peu de sucre, on lui communique une activité maximum. Par ce procédé on arrive également à restituer à un virus atténué, à un virus vaccin, toute son activité. Ces expériences peuvent aider à l'explication de la plus grande fréquence du charbon symptomatique dans les pays d'industrie laitière : elles permettront peut-être de comprendre pourquoi cette maladie se développe de préférence chez certains animaux, l'acide lactique ou sarcolactique étant un produit de l'activité musculaire.

M. VITTORIO CAVAGNIS rapporte les résultats de ses *essais de vaccination antituberculeuse*. Il a constaté que l'acide carbolique, en solution aqueuse, à 2 0/0, détruit la virulence des matières tuberculeuses, et qu'en solution plus faible (1,25 0/0) il l'atténue. L'inoculation d'une matière tuberculeuse, d'abord dépouillée de toute virulence par ce procédé, puis douée d'une virulence spécifique faible, et enfin complètement active, n'a pas déterminé le développement de la tuberculose chez un cobaye et chez trois lapins et semble les avoir rendus réfractaires à une inoculation ultérieure de matière tuberculeuse.

M. DE ROCHEBRUNE a pu étudier, sur un animal de la ménagerie Bidel, la conformation des *organes génitaux externes d'une femelle de singe anthropomorphe du genre Troglodytes*. L'auteur croit pouvoir trouver dans cette observation un argument pour ceux qui refusent aux singes anthropomorphes une relation quelconque avec l'homme.

La section d'anatomie et de zoologie présente la liste suivante de candidats à la place devenue vacante par suite du décès de M. H. Milne-Edward : En première ligne, M. Sappey. — En deuxième ligne, M. Dareste. — En troisième ligne, ex œquo, MM. Filhol, Périer, Ranvier. — En quatrième ligne, ex œquo, MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 décembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. RETTERER lit une note sur la morphologie des amygdales dans la série animale.

M. MOREL donne une description de l'appareil qu'il emploie pour injecter divers gaz dans le rectum suivant la méthode préconisée par le Dr Bergeon dans le traitement des maladies des voies respiratoires.

MM. DOLÉRIS et BUTTE ont fait des recherches sur les effets toxiques du sublimé. Il résulte de leurs expériences que l'intoxication se montre tout particulièrement lorsque l'irrigation se fait à la surface d'une plaie. On voit alors survenir un abaissement bientôt suivi d'une élévation de la température, de l'albumine dans les urines et tous les symptômes d'une entérite diphtéritique. La mort survient dans le collapsus.

M. DUBOUSQUET présente un jeune malade qui a eu le

© BIU Santé

pied fortement brûlé par de la fonte en fusion. Il existait deux plaies : sur l'une, l'auteur fit quatre greffes humaines, sur l'autre, quatre greffes de peau de grenouille. Ces dernières se comportèrent parfaitement et amenèrent une cicatrisation encore plus rapide que les greffes humaines. Pour assurer la complète réussite il faut employer le pansement antiseptique dans toute sa rigueur en y ajoutant un certain degré de compression.

M. Bouisson, interne des hôpitaux, présente un malade à qui il a fait, dans le service de M. Monod, à Ivry, la suture primitive et directe du médian, avec deux fils de catgut fin, une heure après la section du nerf par un éclat de verre. Guérison rapide. Signes de réunion primitive et rapide du nerf, retour apparent de la sensibilité et de la motilité dans la zone du radial. En réalité, au bout de trois semaines, le malade ne sent pas les deux pointes du compas dans la zone du médian ; il n'en sent jamais qu'une. Les mouvements d'opposition du pouce qu'il présente sont dus à l'adducteur, innervé par le cubital; car les autres muscles de l'éminence thenar, innervés par le médian, sont en état d'atrophie, et présentent la réaction de dégénérescence, d'après l'examen fait à la Salpêtrière par le Dr Vigouroux. Ainsi on pourrait croire tout d'abord au rétablissement précoce des fonctions, alors qu'il ne s'agit que d'une motilité et d'une sensibilité d'emprunt. Cette observation confirme les faits expérimentaux de Vulpian et de Ranvier sur la régénération des nerfs, faits qui montrent que tout nerf sectionné dégénère fatalement par son bout périphérique, mais elle va à l'encontre d'observations récentes (Tillaux) où l'on aurait constaté le rétablissement précoce des fonctions des nerfs de la main, après la suture. La réaction de dégénérescence des muscles de l'éminence thenar avait rarement été recherchée et notée dans les cas de section du médian chez l'homme.

La Société se forme en *comité secret* à 5 heures 1/4 pour l'élection d'un Président. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 décembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. le Président annonce que la séance annuelle de l'Académie aura lieu le 21 décembre.

M. Giraud-Teulon lit un mémoire intitulé : *Substitution, dans l'éclairage ophthalmoscopique binoculaire de la lumière directe à la lumière latérale réfléchie.* Toutes les personnes qui se sont occupées d'ophthalmoscopie savent, par elles-mêmes, ou par de nombreux exemples, combien l'apprentissage technique de cette méthode d'exploration est souvent retardé et même entravé par les tâtonnements inhérents à l'emploi, obligé jusqu'à ce jour, d'un foyer lumineux latéralement placé, et réfléchi par un miroir dans la direction de l'œil à examiner. La nécessité de faire concorder le faisceau incident confié à la main droite armée du miroir, et le faisceau émergent que doit recevoir la main gauche sur la lentille ophthalmoscopique, arrête nombre d'adeptes au seuil de l'ophthalmoscopie. C'est pour parer à cette difficulté et élargir ainsi le cercle de vulgarisation de cette précieuse méthode de pénétration dans l'étude de l'anatomie pathologique vivante, que l'auteur s'est proposé le problème de la substitution d'un faisceau éclairant direct au faisceau réfléchi, indispensable jusqu'ici en opthalmoscopie. A la base de l'ophthalmoscopie, on trouve, en effet, ce principe : que si le faisceau émergent de l'œil observé, suit nécessairement, en rebroussant chemin, le même trajet que le faisceau éclairant, l'impénétrabilité des corps exige, de son côté, que par un artifice ou un autre, l'un des deux soit dévié de sa voie. Dans l'ophthalmoscopie originelle, monoculaire, cette déviation portait forcément sur le faisceau incident, d'où les difficultés rencontrées. Or, il en est tout autrement dans la méthode binoculaire. On sait que, dans cette dernière, le faisceau émergent est reçu sur une surface commune à deux rhomboèdres opposés par le sommet et préposés au partage, entre les deux yeux de l'observateur, de ce faisceau en deux parts égales, renvoyées de droite et de gauche suivant des axes parallèles à celui de l'œil observé. Ce partage, préalablement fait par l'instrument lui-même, permet de tourner la difficulté. Il ne reste plus qu'à trouver pour le foyer éclairant une position telle qu'il n'intercepte pas par lui-même l'incidence de son inverse sur les rhomboèdres. On y arrive aisément par l'artifice suivant : on pratique au centre de la surface commune aux rhomboèdres, et sur laquelle se partagent en deux moitiés les rayons émergeant de l'œil observé, une perte circulaire de substance, de 4 à 5 millimètres de diamètre, à travers laquelle une source lumineuse quelconque, placée en arrière des rhomboèdres, enverra les rayons directs vers l'œil observé. Cette source de lumière est ici une petite lampe à incandescence Edison, fixée dans l'espace rectangulaire qui sépare en arrière les deux rhomboèdres, et qu'active une petite batterie (Trouvé) au bichromate de potasse de trois éléments. L'observateur, placé en présence de son sujet, n'a plus qu'à prendre en main l'ophthalmoscope, comme il ferait d'une glace à main, placer ses yeux en rapport avec les oculaires, pousser le bouton de l'interrupteur et regarder. Outre l'absence de toute difficulté dans la technique de cette méthode, un second avantage qu'elle présente, c'est l'extrême facilité de se rapprocher de son sujet, et presque jusqu'au contact. Cette seule propriété est d'un inestimable prix dans l'examen à l'image droite, si importante dans l'étude des détails, eu égard à ses qualités amplificatrices.

M. Marc Sée lit un *rapport* sur une communication antérieurement faite par M. Demons (de Bordeaux) sur le *drainage de la vessie après la taille hypogastrique.*

M. Henrot (de Reims) apporte *un projet de réorganisation de l'hygiène publique en France.* Ce projet lui a été inspiré par la pénurie des ressources dont nous disposons, toutes les fois qu'une épidémie quelconque éclate en une région de la France. M. Henrot voudrait que la déclaration des cas épidémiques soit obligatoire, avec une sanction en cas de refus ; que les particuliers soient obligés de pratiquer l'isolement et soient tenus de faire la désinfection rigoureuse des locaux, à l'occasion d'une maladie épidémique. Pour répondre à ces desiderata, M. Henrot propose d'instituer un poste de médecin sanitaire dans chaque commune. Ce médecin conseillerait aux autorités administratives des arrêtés relatifs à l'hygiène. Au chef-lieu de chaque département, un medecin sanitaire départemental serait également institué, nommé par le préfet; il jouerait le rôle d'une autorité sanitaire juxtaposée à l'autorité administrative. Ce médecin devrait avoir enfin les pouvoirs les plus étendus, centraliserait tous les documents hygiéniques de son département, qu'il transmettrait ultérieurement au ministre compétent, ce qui expliquerait la création d'une direction générale d'hygiène publique à Paris.

M. Tearillon lit un travail accompagné de pièces anatomiques. Ce travail peut se résumer ainsi : hydropisie de la vésicule biliaire due à la présence d'un gros calcul dans le canal cystique ; laparotomie, ouverture de la vésicule ; ablation du calcul qui obturait le canal cystique, résection d'une partie de la vésicule ; soudure de la paroi à la plaie abdominale. Fistule biliaire consécutive. Guérison. L'Académie se constitue en *Comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Trasbot sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — La commission présente, en première ligne, M. Nocard ; en deuxième ligne, M. Weber ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Barrier et Railliet ; en quatrième ligne, M. Mégnin. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 juillet 1886. — Présidence de M. Cornil.

4° **Epithélioma sur une cicatrice d'amputation de Chopart** ; par M. Achille Demars, interne des hôpitaux.

Le nommé R..., Auguste, entre le 19 mai 1886 (service de M. Verneuil) pour des douleurs dans une amputation de Chopart, ancienne.

© BIU Santé

Aucun antécédent morbide. Son père est mort à l'âge de 80 ans. En 1848, le 16 décembre, accident de chemin de fer ; le malade a l'avant-pied écrasé ; et on lui régularise son lambeau, en faisant un Chopart ; peu de peau pour recouvrir le moignon ; la cicatrice met un an à se fermer. 18 mois après, en 1850, la cicatrice présente une tumeur ulcérée, un véritable épithélioma. Le malade entre en 1873 dans le service de M. Verneuil ; on lui enlève la partie malade : le malade sort guéri.

En 1883, il revient voir M. Verneuil pour une récidive ; on lui conseille des applications de pâte de Vienne ; le malade ne les fait pas.

Il rentre le 15 mai 1886, avec douleurs très intenses dans la jambe et dans le moignon ; douleur à la pression : à la vue, large ulcération rougeâtre, à fond blafard, à bords indurés, taillés à pic. M. Verneuil lui fait l'amputation de la cuisse à lambeau postérieur. Guérison. Le malade sort le 26 juin 1886.

L'examen histologique fait par M. Nepveu donne les caractères de l'épithélioma : la tête de l'astragale est peut-être atteinte ?

Cette observation est intéressante à un second point de vue ; en effet l'astragale et le calcanéum avaient conservé leurs rapports normaux, il n'y avait pas de renversement du pied, comme on le voit presque toujours dans les amputations de Chopart.

5. Rapport sur la candidature de M. Clado au titre de membre adjoint ; par M. Chantemesse.

M. Clado, qui se présente aujourd'hui comme candidat à la place de membre-adjoint à la Société anatomique, a fait un certain nombre de communications intéressantes.

La première de celles-ci date de 1881. A cette époque, M. Clado nous communiqua l'histoire et les pièces d'un enfant né à terme, offrant une atrophie du maxillaire inférieur et de la voûte palatine consécutive à une atrophie de la peau, atrophie démontrée microscopiquement et qui s'était opposée mécaniquement au développement de ces organes, à ce qui ressortait nettement des réflexions dont l'auteur fit suivre son observation.

La dernière communication de M. Clado, de date récente, est intéressante à plusieurs points de vue. Il s'agissait d'une femme qui souffrait depuis plus de cinq ans de fréquentes coliques néphrétiques. Depuis environ un an, elle était traitée dans le service de M. le professeur Guyon, qui, le 5 décembre 1885, pratique sur elle la cystotomie, en vue de remédier aux accidents d'une cystite intense. A la suite de cette opération, amendement marqué des phénomènes douloureux, mais bientôt exacerbation des phénomènes rénaux, et mort dans le collapsus le 15 juin 1886.

A l'autopsie de cette femme, on nota plusieurs points, que je vous signalerai tout particulièrement. Il était en effet très intéressant d'avoir sous les yeux une pièce de vessie cystotomisée, on pouvait ainsi, pièce en main, voir les résultats d'une telle opération. Sur cette vessie, nous avons pu remarquer que, de chaque côté, les muqueuses vaginale et vésicale étaient soudées entre elles, et qu'il n'y avait là ni décollement, ni infiltration. Un autre point est à signaler, c'est la réduction considérable que présentait la capacité du réservoir urinaire ; en effet, elle était devenue presque nulle, et la cavité limitée par les parois de l'organe ne représentait plus qu'une fente, qui, lorsqu'on sectionnait les parois de la vessie, et qu'on les étalait, avait la forme d'un petit triangle, de 3 centimètres de base sur 4 centimètres de hauteur.

La vessie était, en outre, hypertrophiée au plus haut point, et la paroi avait une moyenne de 4 centimètres d'épaisseur ; cette hypertrophie était constituée par le tissu musculaire et conjonctif de la vessie, et par l'addition d'une couche adipeuse.

Toute la surface muqueuse de la vessie et du vagin, ainsi que les bords de la plaie opératoire étaient tapissés de fausses membranes, mais, fait remarquable, on ne peut trouver aucune lésion ulcérative de ces régions.

L'uretère du côté droit énormément augmenté de volume, était gros comme un petit doigt, et ce volume était triplé encore par une couche fibro-adipeuse analogue à celle que nous avons déjà notée autour de la vessie. La muqueuse grise-noirâtre présentait au niveau des calices et du bassinet une couche de pseudo-membranes d'un blanc jaunâtre.

Le rein droit était énorme et présentait un diamètre vertical de 35 centimètres sur un diamètre transversal de 18. Il était entouré d'une atmosphère graisseuse, ou plutôt fibro-graisseuse très épaisse, puisque, après son ablation, le rein ne présentait plus que 22 centimètres verticalement sur 12 transversalement. Le parenchyme rénal présentait un certain nombre de petits abcès, dont quelques-uns étaient tapissés de fausses membranes, et dont certains contenaient de petits calculs. Une de ces cavités purulentes communiquait avec une collection purulente située derrière le rein. M. Clado a voulu donner une explication de cette diminution considérable de la capacité vésicale. Pour lui, en effet, la cystotomie y a bien une part, mais elle n'est pas, à beaucoup près, la seule cause, puisqu'on voit des malades cystotomisés conserver une certaine capacité vésicale. Il fait jouer un rôle considérable à la cystite, et la présence ou l'absence de cette cystite expliquerait l'hypertrophie des parois ou la persistance de leurs dimensions normales. Donc, en résumé, résultats anatomiques d'une cystotomie, pièce en main, accumulation d'une énorme quantité de tissu cellulo-graisseux autour de l'appareil urinaire droit, cystite et urétrite pseudo-membraneuse sans ulcération, néphrite calculeuse, et point de pathogénie intéressant de l'effacement presque total de la cavité vésicale, tels sont les points qui, dans cette observation, nous ont semblé mériter l'attention de la Société anatomique.

Elections. — MM. Assaky, Ménétrier et Walther sont nommés membres adjoints.

M. Broussolle est nommé membre correspondant.

Séance du 16 juillet 1886. — Présidence de M. Féré.

6. Colique hépatique. — Angiocholite et périangiocholite suppurées. — Ouverture d'un abcès biliaire dans le péritoine. — Péritonite généralisée. — Mort ; par M. Potocki, interne des hôpitaux.

G..., Augustine, 40 ans, concierge, entre le 21 juin 1886 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Claire, n° 3 (service de M. Siredey).

Cette femme, dont les antécédents héréditaires et personnels n'offrent aucune particularité intéressante à noter, a toujours joui d'une bonne santé. Elle n'a jamais eu la jaunisse.

Depuis quelques semaines, elle souffrait de temps à autre pendant les digestions, éprouvait des crampes d'estomac, quelques coliques, auxquelles, en raison de leur intensité relativement faible, elle ne fit aucune attention. Le 6 juin 1886, elle fut prise subitement dans la matinée, sans cause connue, d'une douleur très vive dans le ventre, siégeant surtout au côté droit, irradiant dans le dos, ne lui laissant aucun repos, et accompagnée de vomissements. Son médecin diagnostiqua une colique hépatique. La douleur persista pendant toute la journée. Le diagnostic fut confirmé par l'apparition, le lendemain de l'accès douloureux, d'un ictère qui envahit le corps tout entier ; mais l'état ne s'améliora pas, les forces diminuèrent, l'appétit disparut et la malade, toujours ictérique, entra à l'hôpital le quinzième jour de son affection. Quand je la vois à la visite du soir, elle est en plein frisson, avec 42°,5 de température axillaire ; les extrémités, le nez, les lèvres cyanosées, les membres tremblants ; elle ne peut proférer aucune parole, je crains une mort à bref délai. A huit heures du soir, survient un nouveau frisson avec 40° degrés de température axillaire.

Le lendemain, cette femme, moins malade que la veille, peut être interrogée et examinée. Les muqueuses et la peau ont une coloration jaune intense. La malade est

© BIU Santé

amaigrie, la langue est sèche, la peau chaude (T. 40°). L'inappétence est absolue, la soif modérée; il existe de la diarrhée, les matières sont décolorées. Il est impossible de recueillir les urines de la journée pour les soumettre à l'analyse; elles ne contiennent pas d'albumine, mais sont chargées de sels; elles donnent la réaction des sels biliaires.

La malade ne se plaint d'aucune douleur; elle n'éprouve ni maux de tête, ni coliques, ni point de côté. Cependant, on trouve au niveau du lobe inférieur du poumon droit, dans un espace restreint, du souffle mêlé de râles qu'on rattache à un noyau de broncho-pneumonie. Pas de matité bien nette à ce niveau; les vibrations ne paraissent pas modifiées; il n'y a pas d'égophonie; on rejette l'idée d'un épanchement pleurétique.

La palpation abdominale montre que le foie descend jusqu'au-dessous de l'ombilic, sur la ligne axillaire, puis que son bord s'infléchit en haut presque verticalement pour gagner l'appendice xyphoïde; la percussion indique de la matité à ce niveau; la rate ne paraît pas sensiblement augmentée de volume. La pression, en aucun endroit du ventre, n'est douloureuse.

L'existence d'une colique hépatique initiale, la persistance de l'ictère, l'augmentation de volume du foie, les frissons actuels portent M. Siredey à établir le diagnostic d'angiocholite suppurée, avec quelques réserves; le pronostic paraît fatal à bref délai. Lait, eau de Vichy, sulfate de quinine. Le soir, T. 40°,

23 *juin*. La malade se trouve mieux. Le foie a diminué de volume. Il n'y a pas eu de nouveau frisson. T. du matin, 38°,4; du soir, 38°.

L'amélioration légère de l'état général continue encore pendant trois jours, quoique, à l'auscultation, on retrouve toujours les signes de la broncho-pneumonie et que l'ictère persiste, ainsi que l'inappétence et la diarrhée.

24 *juin*. T. 38°,7 le matin et le soir.

25 *juin*. T. 38°,5 le matin et le soir.

26 *juin*. T. 38°,4 le matin; 40° le soir.

27 *juin*. Le matin, T. 38°,4; le soir la malade a de nouveau un grand frisson de vingt minutes de durée, pendant lequel la température monte à 41°,5.

28 *juin*. L'état s'est très aggravé depuis hier. La malade éprouve un violent mal de tête, la langue est poisseuse, la face est congestionnée, les lèvres violacées, la respiration précipitée et difficile. Il y a toujours des râles sous-crépitants et du souffle à la base droite. L'ictère est moins accusé. Le foie a, le premier jour, diminué de volume; au lieu de la voussure considérable qui pouvait faire penser à un gros abcès ou à la vésicule biliaire distendue, on trouve seulement au niveau de la paroi latérale de l'abdomen une tumeur allongée, qui paraît se détacher du foie et dépasse de trois travers de doigt les fausses côtes. Pas d'albumine dans l'urine, qui ne contient pas de matière colorante biliaire. Tous les soirs, sulfate de quinine, 1 gramme. T. le matin, 40°; le soir, 41°,5; frisson.

29 *juin*. T. le matin, 38°,2; à midi, frisson, 41°; à sept heures du soir, nouveau frisson, 40°,5.

30 *juin*. Encore un frisson le soir, 41°. Langue sèche, joues colorées, faiblesse très grande; la diarrhée continue en grande abondance.

Depuis trois jours, l'état n'a fait que s'aggraver, et l'aggravation s'accuse davantage les jours suivants. La faiblesse est extrême, la voix faible, presque cassée. La langue est sèche, l'inappétence absolue. Le ventre devient un peu plus volumineux, tout en restant indolore; mais un nouveau symptôme survient: ce sont des vomissements de mucosité et de bile. La diarrhée abondante persiste; la malade va sous elle. Tous les deux jours environ, survient un frisson. La température oscille entre 37 et 38° le matin, pour monter au moment des frissons à 40°.

8 *juillet*. La malade se plaint du genou droit, où existe un léger épanchement. Il n'y a rien au cœur. Les râles et le souffle persistent à la base droite comme le premier jour.

14 *juillet*. Les vomissements sont presque incessants, la diarrhée est continuelle, la faiblesse extrême. — Mort à huit heures du soir.

Autopsie. — Le *péritoine* contient environ 800 grammes d'un liquide poisseux, jaunâtre, tenant en suspension des fausses membranes. Les anses intestinales, légèrement distendues par des gaz, sont agglutinées entre elles par des fausses membranes récentes, colorées en jaune par du pigment biliaire comme le liquide ascitique. Les néo-formations sont surtout abondantes autour du cœcum et dans la cavité du bassin, qu'elles remplissent.

Le *foie* est également tapissé de fausses membranes, surtout à sa face supérieure. En le soulevant sans avoir détaché aucun organe, on voit que, de son lobe gauche, s'écoule dans le péritoine un liquide presque analogue à celui qui est contenu dans la cavité péritonéale; il existe en effet à ce niveau un orifice, de la dimension d'une pièce de 2 francs, qui conduit dans une cavité creusée dans le tissu hépatique et sur la description de laquelle nous allons revenir.

Le bord libre du foie adhère au côlon transverse et à l'arc droit du côlon par des adhérences, les unes récentes, les autres anciennes, fibreuses et vascularisées. Le foie est surtout constitué par le lobe droit, qui en forme environ les neuf dixièmes. Le lobe droit, allongé de haut en bas, conique, dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt. C'est le foie lui-même qu'on avait perçu pendant la vie à la palpation.

Le foie pèse 1520 grammes. Sa surface est lisse et régulière; mais il est remarquable que son lobe droit paraît seul malade; aussi, toutes les lésions que nous allons décrire se rapportent-elles seulement à lui. Sa surface est marbrée, on y aperçoit des traînées et des taches rouges sur un fond jaunâtre. On y voit, en outre, un grand nombre de taches arrondies, jaune verdâtre, de la grandeur d'une lentille; elles correspondent à des abcès superficiels contenus dans la substance de l'organe. On n'aperçoit plus à la surface les limites des lobules hépatiques sur le lobe droit, aussi bien à la face supérieure qu'à la face inférieure, alors que ces limites sont encore très visibles sur le lobe gauche et le lobule de Spigel.

Sur une section du lobe droit du foie, le tissu est jaune rougeâtre; en beaucoup de points, il y a des hémorrhagies punctiformes confluentes. Mais ce qui est essentiel, c'est que, sur toutes les coupes, on observe un nombre considérable d'abcès dont le volume varie depuis un grain d'orge jusqu'à une olive. Ces abcès périphériques et centraux sont disposés sans ordre. De leur cavité s'échappe un liquide jaune verdâtre, ayant les apparences du muco-pus coloré par la bile; ici le liquide est vert, là presque jaune; il est épais, s'écoule difficilement, et en l'examinant attentivement on le voit constitué, pour une partie importante, par des cristaux ou une matière amorphe jaune ou ocreuse, qui n'est autre que de la bouillie biliaire.

Les parois des abcès sont irrégulières; en suivant les canaux biliaires qui y aboutissent, on les trouve dilatés et remplis par un liquide analogue ou par un liquide jaune rougeâtre, épais, formé presque exclusivement par de la matière colorante de la bile.

Les veines sont vides de sang; un grand nombre d'entre elles sont complètement obturées par des caillots. Ces thromboses expliquent les hémorrhagies que nous avons signalées. Les veines sus-hépatiques sont très dilatées. Au point de bifurcation, dans le foie, de la branche droite de la veine sus-hépatique, on voit un caillot ancien, adhérent, irrégulier, du volume d'un grain de raisin.

Les lésions ne se retrouvent que dans le lobe droit du foie; ni dans le lobe gauche, ni dans le lobe de Spigel, on ne trouve d'abcès; les vaisseaux biliaires sont seulement dilatés légèrement et remplis de bile jaune. Cependant, c'est à la face inférieure du lobe gauche, immédiatement et à gauche de l'épiploon gastro-hépatique que se trouve la perforation que nous avons signalée. Elle aboutit à une perte de substance du foie, dans laquelle on logerait une amande. Plusieurs gros canaux biliaires s'ouvrent dans cette cavité; en les suivant, on les trouve dilatés et renfer-

© BIU Santé

mant un liquide jaune tenant en suspension des cristaux biliaires, bien différent du liquide verdâtre muco-purulent trouvé dans le lobe droit du foie. Les parois de ces canaux, qu'on suit jusqu'au canal hépatique, sont presque saines; on y retrouve l'aspect normal.

La *vésicule biliaire* est dilatée; sa cavité irrégulière est divisée en un grand nombre de logettes, qui en forment des diverticules. La vésicule adhère intimement au côlon transverse. Sa muqueuse est très altérée; elle a disparu à la partie supérieure, au niveau du foie, qui n'est recouvert que par des tractus blanchâtres, restes des parois de la vésicule. En avant et en bas, la muqueuse est encore visible, avec son aspect ordinaire. Cette muqueuse est jaune; la vésicule ne contenait que peu de bile. Le canal cholédoque est extrêmement dilaté; il a 24 millim. de circonférence à sa partie moyenne et 15 millim. vers le duodénum. Il est rempli par une bouillie biliaire jaune, qui s'épaissit en s'approchant de l'intestin et est arrêté vers l'orifice duodénal par un calcul mural du volume d'une noisette, formé de cholestérine pure.

La filiation des lésions s'explique bien facilement. Un calcul s'est formé, qui, par son passage à travers les voies biliaires, a donné naissance aux syndromes de la colique hépatique. Ce calcul, trop volumineux, a été arrêté dans le canal cholédoque au moment où il devait le franchir. La bile, toujours formée, s'est alors accumulée dans les voies biliaires, qu'elle a distendues; ces voies se sont enflammées; de leur inflammation sont résultés des abcès biliaires; l'un d'eux, plus rapproché de la superficie du foie, plus volumineux et plus distendu, s'est rompu dans le péritoine et il en est résulté une péritonite généralisée, qui n'a fait que hâter la mort.

Rate diffluente, 270 grammes.

Les *reins*, ramollis, flasques, se laissent décortiquer facilement; leur tissu est jaunâtre, imprégné de bile; leur substance corticale congestionnée. Ils pèsent ensemble 290 grammes.

Estomac sain. L'intestin grêle n'offre aucune particularité. Le gros intestin est rempli d'un liquide blanchâtre ressemblant à du muco-pus. La muqueuse est blanche, on y remarque un assez grand nombre d'ulcérations arrondies de 1 millimètre de diamètre, superficielles, ne comprenant que la couche muqueuse et disposées d'une façon tout à fait irrégulière.

Thorax. Pas de liquide dans les plèvres; quelques adhérences anciennes unissent les sommets des poumons à la plèvre pariétale. Ces sommets offrent quelques cicatrices et quelques noyaux caséeux. Congestion hypostatique aux deux bases. Dans le lobe inférieur du poumon droit, on trouve en outre un noyau broncho-pneumonique des dimensions d'un œuf de dinde, gris rougeâtre à la coupe et tombant au fond de l'eau.

Dans le péricarde, environ 300 grammes de liquide coloré en jaune par de la bile. Cœur flasque, aplati, surchargé de graisse. Ventricules dilatés, caillot agonique dans le ventricule droit, se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Cœur gauche vide de sang. Endocarde sain. Ganglions bronchiques et trachéaux tuberculeux. Encéphale sain.

L'*examen microscopique* du foie a été fait par mon collègue et ami Achard. Les abcès du foie présentent sur les coupes une cavité centrale en partie remplie par des concrétions biliaires et par un magma granuleux contenant des globules de pus. Leurs parois sont anfractueuses et formées de tissu embryonnaire; le tissu conjonctif environnant est infiltré de leucocytes, et au delà, les lobules hépatiques qui les entourent sont déformés et montrent leurs cellules aplaties. D'une manière générale, les espaces portes sont agrandis et présentent de nombreux îlots embryonnaires. On y reconnaît la section des canalicules biliaires, dont les cellules épithéliales sont granuleuses et tuméfiées de manière à oblitérer à peu près complètement la lumière centrale. D'autres canalicules n'offrent plus de cellules épithéliales reconnaissables et sont réduits à l'état de traînées de cellules embryonnaires. Autour de ces canaux biliaires enflammés, le tissu conjonctif présente une zone de prolifération embryonnaire. Parfois les leucocytes sont accumulés sous forme d'îlots, représentant des abcès en miniature. On peut suivre d'ailleurs la série des intermédiaires entre ces îlots embryonnaires et les abcès plus volumineux. Quant aux lobules hépatiques, ils présentent une infiltration graisseuse assez prononcée des cellules glandulaires. En somme, angiocholite et périangiocholite suppurées.

7. Grossesse extra-utérine (ou kyste dermoïde ?); par M. Dumoret.

La nommée B. (Louise), âgée 50 ans, entre le 8 octobre 1885 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, lit n° 8 (service de M. Cruveilhier), pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

Aucun détail bien saillant dans ses antécédents. Ses parents sont morts à un âge très avancé. Réglée à l'âge de 15 ans, aucun trouble de la menstruation depuis cette époque, cessation des menstrues à l'âge de 40 ans. Aucune maladie antérieure. Constitution assez faible et délicate. Cette malade raconte qu'elle se portait très bien jusqu'à l'âge de 40 ans. A cette époque, augmentation notable du volume du ventre, douleurs abdominales, suppression des règles, quelques métrorrhagies. Cet état s'est prolongé jusqu'à il y a six mois, sans apporter de trouble notable dans l'état général.

Mais en juillet 1885, les douleurs abdominales deviennent plus vives, état nauséeux presque continu, anorexie, frissons, fièvre le soir; en même temps, la malade est frappée de l'augmentation du volume de son ventre, elle est essoufflée, un peu d'œdème des membres inférieurs. Depuis deux mois, elle a cessé de vaquer à ses occupations, et ne quitte son lit que pour se traîner péniblement vers un fauteuil.

A son entrée à l'hôpital, état général peu satisfaisant, émaciation extrême. Ventre volumineux, météorisme abdominal; à la palpation on a la sensation d'un plancher résistant offert par une masse dure à surface régulière. Sur la partie latérale gauche, on trouve un point dur limité, sensation de fluctuation profonde, pas d'ascite appréciable, la pression n'est douloureuse en aucun point; au toucher, l'utérus est immobile, comme enclavé par des masses qui remplissent les culs-de-sac, dont aucun n'est libre; le col n'est pas dévié, toucher douloureux, pas de troubles de compression du côté de la vessie, constipation ordinaire; souffle mitral.

M. Cruveilhier pense à un kyste de l'ovaire, malgré la sonorité qui existe à la partie médiane de l'abdomen, l'expliquant par la production d'adhérences, et l'interposition d'anses intestinales entre la tumeur et la paroi abdominale.

Opération le 14 décembre 1885, par M. Cruveilhier, assisté de M. Polaillon. Avant l'opération, M. Polaillon examine la malade avec beaucoup de soin et, sans vouloir préjuger de la nature exacte de la tumeur, admet plutôt une localisation utérine qu'un kyste ovarique. L'opération est pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. La malade a été préalablement transportée dans un pavillon d'isolement. Incision médiane partant de l'ombilic et s'arrêtant à 5 centimètres environ du pubis. Quelques pinces hémostatiques sont placées chemin faisant sur des vaisseaux qui donnent.

Après avoir coupé les tissus couche par couche et divisé les plans fibreux sur la sonde cannelée, on met bientôt à découvert une masse énorme, de consistance dure; au même instant, on voit sourdre par un petit orifice situé sur la partie latérale gauche de la tumeur, un liquide noirâtre, mélangé de gaz d'odeur fétide. Immédiatement, on pense à un cancer de l'intestin et la question d'établir un anus contre nature est agitée. L'introduction d'une sonde cannelée par l'orifice qui a livré passage au liquide fait reconnaître l'existence d'une cavité spacieuse et à parois résistantes.

On vide la poche à l'aide d'un trocart adapté à un appareil aspirateur, on retire environ deux litres d'un liquide

© BIU Santé

couleur chocolat et dont l'odeur horriblement infecte est, dit M. Polaillon, pathognomonique d'une grossesse extra-utérine.

La tumeur, après avoir été vidée de son contenu, est explorée : le doigt introduit dans sa cavité montre l'existence d'une poche dont les parois épaisses ont une consistance ferme, osseuse et donnant la sensation que fournirait l'exploration de la face interne de l'occipital. En aucun point on ne trouve d'extrémités, quelques arêtes saillantes sont çà et là disséminées sur le contour de la poche. Au cours de l'opération, notons que deux cheveux d'une longueur de 0m,06 ont été retirés.

L'opération est terminée ; après lavage préalable de la poche avec une solution tiède d'eau phéniquée au 1/20e ; on suture les parois abdominales avec des points superficiels et profonds dans une étendue de 0,06 en partant du point le plus inférieur de l'incision. On prolonge la section en haut de 2 à 3 centimètres, en contournant l'ombilic à gauche, on agrandit à l'aide de ciseaux mousses la poche dans une étendue de 0,06 et on en suture les parois aux parois abdominales. La poche est bourrée de gaze iodoformée. Pansement de Lister. L'opération a duré une heure et demie. A une heure, vomissements muqueux abondants, la malade n'accuse aucune douleur. Piqûre de morphine. Le soir, T. 38°6. P. 92. — Une pilule d'extrait thébaïque pour la nuit.

Le 15. L'opérée a passé une bonne nuit. T. 38°2. P. 98. — Pas de douleurs abdominales. Ténesme vésical, cathétérisme douloureux. Le soir, un peu de dyspnée, facies rouge, animé ; pas de frissons ni de point de côté, toux sèche un peu fréquente. T. 39°. P. 120. R. 32. Pilules d'extrait thébaïque, ventouses sèches, lait glacé.

Le 16. Excellente nuit. Sommeil non interrompu pendant cinq heures. Dyspnée disparue, mais la malade accuse une douleur fixe dans l'hypochondre droit, douleur sourde, mais supportable. Rien d'anormal à l'auscultation pratiquée rapidement, tout déplacement étant très pénible à la malade. T. 38°6. P. 92. Le soir, persistance de la douleur dans l'hypochondre droit mais coïncidant avec un point de côté siégeant à gauche, pas d'exaspération à la toux. La malade n'urine pas seule, cathétérisme douloureux, œdème considérable des grandes lèvres.

Le 17. La nuit a été bonne. Le pansement est renouvelé, lavage de la poche à l'eau phéniquée au 1/4° diluée et tiède, on enlève deux points de suture confinant à ceux qui relient la poche abdominale. Gaze iodoformée dans l'intérieur de la cavité. Pansement de Lister. T. 38°4. Le soir, à six heures, agitation extrême, quelques douleurs abdominales à l'occasion de petites quintes de toux, rétention d'urine persiste ; à la sonde métallique nous substituons une sonde en caoutchouc rouge, injection vésicale avec une solution tiède de chloral 1/20e. — T. 39°. P. 110.

Le 18. L'opérée a dormi. Deuxième pansement. Lavage à l'eau phéniquée, deux litres et demi environ sont employés. Gaze iodoformée. Pansement de Lister. T. 38°2. P. 86. Le soir, un peu de dyspnée. Selles abondantes pendant la journée. T. 38°4.

Le 19. Nuit moins bonne. Pansement. Lavage de la poche à l'eau boriquée, rougeurs sur les bords de la plaie. La poche est remplie d'un mélange d'acide salicylique et de tannin pulvérisé. Gaze iodoformée à la surface, le tout est recouvert d'ouate de bois au sublimé. T. 38°. Le soir, la malade a pris quelque nourriture pour la première fois. Un peu d'odeur dans le pansement, pulvérisation phéniquée pendant une demi-heure.

Le 20. La malade se sent très bien ; en défaisant le pansement, odeur alliacée très prononcée, écoulement d'un liquide noirâtre, tenant en suspension des détritus de tissu cellulaire sphacélé. Lavage abondant de la poche jusqu'à ce que le liquide qui en sort soit absolument clair, introduction d'un petit sachet fait avec de la gaze iodoformée, imprégnée de mélange d'acide salicylique et de tannin. T. 38°. Le soir, rien d'anormal. Le cathétérisme a cessé d'être douloureux, toujours rétention d'urine. T. 38°.

Le 21. La malade se croit perdue, le faciès est un peu grippé, le pansement exhale une odeur fétide ; après avoir retiré la gaze iodoformée, on voit sourdre en abondance un liquide noirâtre, épais, sentant très mauvais, rappelant l'odeur de macérations anatomiques. Quatre litres environ d'eau boriquée sont injectés dans la poche. T. 39°. P. 120. Le soir, la malade est plus calme. T. 38°2. Le pansement est renouvelé, ce qui fait éprouver un grand bien-être à l'opérée. T. 38°.

Le 22. Dyspnée, agitation. Rien à l'auscultation. Du pansement ne se dégage aucune odeur, mais néanmoins il est renouvelé. En introduisant le doigt dans la poche, on sent à droite une partie dure comme soulevée et semblant se détacher de la paroi abdominale vers sa partie moyenne et adhérente à ses deux extrémités. T. 38°4. Le soir, la journée a été bonne. T. 37°8. La malade a uriné seule. Selles abondantes. Le pansement est changé.

Le 23. T. M. 37°8. T. S. 38°. Rien à noter.

Le 24. T. 38°.

Le soir, T. 38°. Le pansement exhale une forte odeur ; en l'enlevant, on remarque une suppuration assez abondante. Lavage à l'eau phéniquée. T. 38°4.

Le 25. La nuit a été bonne. Le pansement est souillé par du pus épais, verdâtre. Lavage de la poche à l'eau boriquée (cinq litres). Le soir, la malade a été très agitée, douleurs abdominales très vives, vomissements, anorexie ; aucune nourriture n'a pu être prise. T. 38°4. P. 120. Le pansement n'est presque point taché, peu d'odeur, cathétérisme, la rétention s'est de nouveau montrée depuis hier soir. T. 38°6.

Le 26. Même état. T. 38°6. Le soir, T. 39°. Pansement sent mauvais, suppuration assez abondante.

Le 27. L'opérée accuse une faiblesse extrême. Douleurs abdominales plus vives, généralisées. Du côté de la plaie, désunion complète, suppuration abondante de la poche, lavage copieux. T. M. 38°. T. S. 38°6.

Le 28. Même état. T. M. 38°2. T. S. 38°8.

Le 29. T. M. 38°2. T. S. 39°. L'analyse de l'urine décèle une quantité notable d'albumine.

Le 30. La nuit a été meilleure, la température est revenue à 37°8. La suppuration est toujours abondante. Lavage de la poche avec une solution alcoolique de cinq parties d'eau pour une partie d'alcool camphré. Réaction des plus vives, douleurs intenses, la malade pousse des cris atroces. L'après-midi, elle est plongée dans un état semi-comateux et ne répond que d'une façon incohérente. Le soir, nouvelle injection avec la solution alcoolique ; mais au bout de quelques secondes, on est obligé de suspendre, la malade pousse de véritables hurlements. On reprend l'eau boriquée, qui est bien supportée ; au mélange d'acide salicylique et de tannin est substitué le bismuth. T. 38°.

Le 31. Nuit mauvaise. T. 38°2. On tente de nouveau avec une solution d'alcool camphré, mais cette fois très diluée, néanmoins cause de vives douleurs. Pansement au bismuth. Le soir : La malade a souffert beaucoup, lavage à l'eau boriquée, plus abondante que les jours précédents. T. 37°8.

Le 1er janvier. T. 37°8. T. S. 37°8.

Le 2. T. M. 37°2. T. S. 37°6.

Le 3. T. M. 37°2. T. S. 37°8.

Le 4. Nuit mauvaise. Douleurs déchirantes dans l'hypochondre droit, pas d'oppression, ni de dyspnée, injection de morphine. T. 37°4. Le soir : Douleur persiste, mais elle est moins aiguë. T. 37°8.

Le 5. Collection purulente située sur la partie latérale droite de l'abdomen, venant aboutir à la partie supérieure de la poche. A l'incision s'écoule environ 200 grammes d'un pus verdâtre, très fétide. T. 37°6. Le soir. T. 37°2. La malade a eu des vomissements, constipation, lavement de glycérine.

Le 6. La malade est soulagée depuis l'incision et mange avec appétit. T. 37°8. Le soir : Odeur très forte du pansement, suppuration abondante. La malade a été à la selle, la miction est devenue douloureuse, les urines sont troubles

© BIU Santé

et renferment, avec de l'albumine, quelques globules de pus. T. 38°.

Le 7. Rien à noter. T. 37°6. T. S. 37°8.

Le 8. Même état. Miction de plus en plus douloureuse, urine franchement purulente, peu abondante. T. 37°6. T. S. 38°2.

Le 9. La poche continuant à suppurer, mais ayant néanmoins une grande tendance à la cicatrisation, de gros tampons de gaze iodoformée sont introduits dans sa cavité pour en écarter les parois et s'opposer à leur affrontement. T. 37°4. T. S. 37°6. A partir de cette époque, la température ne dépasse pas la normale, l'état de l'opérée est des plus satisfaisants, elle commence à se lever.

Le 24. La malade s'est levée un peu plus longtemps que d'habitude, elle se sent fatiguée, et est sur le point de prendre une syncope, au moment où elle est remise au lit. T. 38°6.

Le 25. Courbatures généralisées beaucoup plus accentuées que la veille, vomissements, sueurs profuses. T. 39°2. P. 120. Pas de douleurs abdominales, pas de météorisme. Le soir. Même état. T. 39°6. La malade n'a pu prendre aucune nourriture, le lait à peine ingéré est lui-même rejeté immédiatement. Dégoût profond de tout aliment. Traitement : Opium, glace à l'intérieur, eau de seltz.

Le 26. La malade a passé une mauvaise nuit, persistance des vomissements bilieux; un peu de diarrhée, prostration extrême; céphalalgie violente. T. 38°6. Le soir. L'état ne s'est pas sensiblement modifié; aux phénomènes précédemment notés est venue se joindre une douleur fixe dans l'hypochondre droit. T. 38°8.

Le 27. La nuit a été meilleure, les vomissements ont diminué de fréquence, la douleur de l'hypochondre droit, par contre, est notablement accrue, et même un peu d'oppression. R. 28. Rien à l'auscultation. T. 37°8. Le soir. Même état. T. 38° Ventouses sèches.

Le 28. Les vomissements ont cessé. La respiration seule reste gênée, il existe une petite toux sèche, point de côté disparu. T. M. 37°6. T. S. 37°8.

Le 29. La malade se sent mieux, sauf le dégoût des aliments et l'inappétence la plus complète, l'état est assez satisfaisant. T. 37°4.

Le 30. La malade qui n'a pas quitté son lit depuis le 24, se lève un peu, prend environ un litre et demi de lait dans la journée, pas de vomissements. T. 37°4.

Le 31. L'état est satisfaisant. Nous pansons la malade pour la dernière fois. La poche est lavée à l'eau phéniquée tiède au 1/40e, la suppuration est peu abondante, un gros tampon de gaze iodoformée est introduit dans la poche, les parties adjacentes à la plaie sont saupoudrées de bismuth, le tout est recouvert d'ouate de bois au sublimé. En somme, au moment où nous quittons la malade, l'état général est satisfaisant, la poche suppure peu, et la tendance à la cicatrisation est des plus marquées; par le toucher digital, on peut se rendre compte de la rétraction. Les notes prises sur cette malade par notre collègue qui nous a succédé dans le service de M. Cruveilhier, ont été malheureusement égarées. La malade meurt le 16 mars et nous avons pu obtenir quelques renseignements ayant trait aux phénomènes qui ont précédé la mort. Depuis trois semaines, oppression considérable, œdème des membres inférieurs devant être rapportés à une insuffisance mitrale préexistante, températures irrégulières, sueurs profuses, l'émaciation extrême; tous ces symptômes inquiétèrent M. Félizet, qui suppléait alors M. Cruveilhier. En présence de ces signes qu'on ne pouvait que mettre sur le compte de l'infection purulente, M. Félizet, le 13 mars, tente une intervention, débride la poche, en retire des portions sphacélées mélangées à des détritus noirâtres présentant une dureté extrême; la poche est lavée largement à l'eau phéniquée au 1/20e, pansement de Lister. Mais malgré tout, la malade succombe le 16 mars, à des phénomènes de pyohémie.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale s'écoule une légère quantité de liquide ascitique; à droite immédiatement au-dessous de la paroi, en dehors d'une tumeur volumineuse, se trouve une collection purulente qui donne issue à une petite quantité de pus. La séreuse péritonéale est un peu vascularisée, les anses intestinales sont libres d'adhérences.

En introduisant une sonde cannelée par l'orifice cutané qui communique avec la poche dont les parois ont été suturées aux parois abdominales, nous tombons dans une cavité peu large, incrustée de matières calcaires et englobée par une tumeur énorme; à la partie supérieure de cette tumeur se voit une collerette d'anses intestinales agglomérées qui lui sont intimement unies par des adhérences.

Sur la partie latérale droite du rachis nous trouvons des ganglions volumineux, dégénérés, faisant corps pour ainsi dire avec la tumeur.

Le foie est manifestement cancéreux et présente çà et là des nodosités jaunâtres qui font saillie à sa surface.

L'estomac paraît sain. L'examen du poumon et du cœur a été omis par mégarde.

L'examen de la tumeur, sortie de l'abdomen, fait constater l'existence d'une adhérence considérable entre sa paroi postérieure et le péritoine et la paroi antérieure du rectum.

Guidé par les insertions vaginales, on arrive sur le col de l'utérus; une sonde cannelée est introduite par son orifice et nous divisons cet organe sur toute sa longueur.

On peut alors se rendre compte des détails suivants : utérus petit, peu développé, flanqué latéralement de deux masses volumineuses, celle qui occupe sa partie latérale gauche étant surtout considérable.

Par une dissection attentive de la masse placée à gauche de l'utérus, on arrive à trouver un petit conduit dans lequel une bougie filiforme est introduite; en poursuivant la dissection et en poussant, chemin faisant, le petit conducteur, on ne tarde pas à voir la bougie sourdre dans la cavité utérine, ce qui permet de conclure que notre conducteur était engagé dans l'oviducte et que notre tumeur est une grossesse extra-utérine de la variété tubaire.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Il s'agit, en effet, d'une affection relativement peu commune dont le diagnostic présente de grandes difficultés. L'innocuité de la rétention de ce fœtus extra-utérin qui a laissé la santé générale indemne pendant dix ans. Ce diagnostic, dans le cas particulier, a été incertain jusqu'au cours même de l'opération. Enfin, la terminaison qui nous a mis à même de constater pièces en main la nature de la tumeur, telles sont les raisons qui nous ont engagé à la publier *in-extenso*.

M. Féré demande pourquoi l'on dit grossesse extra-utérine plutôt que kyste dermoïde ?

M. Dumoret répond que M. Polaillon a admis ce diagnostic en raison de l'odeur fétide du liquide contenu.

M. Letulle est d'avis que la présence de fragments osseux aussi peu constitués et de poils plaide plutôt en faveur d'un kyste dermoïde.

8. M. Dumoret présente une carotide externe liée préventivement au-dessous de la thyroïdienne, pour une opération d'ablation d'épithélioma lingual. Le malade étant mort cinq jours après, il était intéressant de se rendre compte des phénomènes survenus au point de la ligature : le catgut est complètement résorbé, et il n'y a pas formation de caillot.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 novembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Terrillon lit l'observation de la malade opérée par lui il y a quelques jours pour une *hémato-salpingite double* (1). En mai dernier, cette femme, âgée de trente-quatre ans, jusque-là bien portante, présenta des douleurs dans le ventre, des pertes

(1) Voir *Prog. méd.*, n° 49, p. 1057.

© BIU Santé

abondantes, une tumeur dans le cul-de-sac postérieur ; en somme, tous les symptômes d'une péritonite localisée, après hématocèle. Se rappelant les faits cités par Lawson Tait, il a opéré cette malade et a enlevé les trompes et les ovaires. Toutefois l'ovaire gauche n'a été extirpé que par morcellement. M. Terrillon, à ce propos, fait remarquer que ce cas est analogue à ceux publiés par Lawson Tait et que le diagnostic était probable et possible, que ces tumeurs doivent être opérées de bonne heure, à cause des adhérences qui s'établissent rapidement. L'opération est pénible dans la plupart des cas. Sa malade, à l'heure qu'il est, va aussi bien que possible. Il attribue une part dans ce succès au lavage du péritoine avec de l'eau bouillie et filtrée.

M. Terrier, à propos du procès-verbal et de l'*origine équine du tétanos*, cite l'opinion de M. Nocard. Ni M. Nocard ni lui, ancien élève de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, n'ont vu un seul cas de communication du tétanos du cheval à un élève vétérinaire ou à un palefrenier. D'autre part, le directeur d'Alfort n'a jamais entendu parler de la mort d'un de ses employés dans de telles conditions, à la suite de tétanos. Une enquête sur ce sujet sera faite aux Ecoles de Lyon et Toulouse.

M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. Defontaine, se rapportant à un malade présenté en mai 1885 à la Société, et atteint d'*ulcère du dos*, à la suite d'une ablation de tumeur. On diagnostiqua : les uns syphilis, les autres tuberculose, d'autres enfin épithéliome ulcéré. — La tumeur ulcérée étudiée par M. Malassez fut reconnue être un *sarcome fasciculé*. M. Terrier fait remarquer que le sarcome primitif cutané est rare et d'un diagnostic difficile.

M. Trélat a opéré au moins une dizaine de sarcomes de la peau.

M. Pozzi en a opéré un il y a cinq ans.

M. Terrier insiste sur la nécessité d'avoir un diagnostic histologique précis dans ces cas.

M. Terrier communique l'observation de sa deuxième *opération de Battey* faite pour guérir des *douleurs intenses* et des *accidents hystériformes*. Il insiste particulièrement sur l'examen de la malade fait à plusieurs reprises, avant et après l'opération, par un spécialiste, un médecin neuropathologiste et signale les modifications survenues dans l'état nerveux de cette femme après l'opération. Les accidents nerveux ont en partie disparu, mais il subsiste encore quelques phénomènes hystériques.

M. Lucas-Championnière a fait deux fois l'opération de Battey chez des hystériques. La 1re opérée est morte. La 2e présentait des accès douloureux épouvantables au moment des règles, lesquels ont disparu totalement après l'ablation des ovaires ; mais il est resté dans le ventre des points douloureux. Pour ce chirurgien, cette opération n'enlève pas les névropathies, mais atténue dans une certaine mesure, variable d'ailleurs, les accidents nerveux, surtout ceux qui sont en rapport avec la menstruation. Dans un cas, il n'a pas pu trouver l'ovaire pour l'enlever et cependant la malade a vu les douleurs diminuer ; il croit avoir déchiré l'ovaire pendant ses recherches intra-abdominales.

M. Monod a fait deux fois l'opération de Battey, mais pas chez des hystériques. Il dit que l'opération est souvent très difficile.

M. Pozzi l'a faite une fois pour des phénomènes de dysménorrhée très douloureuse. Malade radicalement guéri, mais il survint ensuite des douleurs intercostales et stomacales.

M. Terrier, laissant de côté tout ce qui ne concerne pas l'opération de Battey chez les hystériques, répond à M. Monod qu'il y a longtemps qu'on sait que c'est une opération d'une certaine difficulté parfois. Pour lui, l'ablation des ovaires ne guérit pas l'hystérie, mais la réduit au minimum possible.

Une place de membre titulaire est déclarée vacante. Les candidats ont un mois pour se présenter.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 novembre 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Duhomme lit une note sur l'emploi du compte-gouttes dans les diverses analyses. On peut se servir de liqueurs titrées dont on appréciera le volume à l'aide des gouttes employées. C'est ainsi que pour le dosage de l'acide phosphorique on pourra se servir d'une solution d'azotate d'urane dont la goutte correspondra exactement à 1 milligramme de cet acide.

M. Yvon repousse le procédé de dosage de l'acide phosphorique préconisé par M. Duhomme, qui est inférieur selon lui au procédé classique. D'un autre côté, M. Duhomme fait le dosage par litre ce qui est un procédé défectueux, car il faut pour obtenir des résultats exacts analyser les urines des 24 heures.

M. Duhomme croit que l'on peut sans inconvénients opérer séparément sur les urines du jour et celles de la nuit, dans la glycosurie en particulier.

M. Tanret fait remarquer qu'il existe un rapport qui peut servir de contrôle entre l'excrétion de l'urine et celle de l'acide phosphorique.

M. Yvon insiste à nouveau sur la nécessité qu'il y a d'examiner les urines des 24 heures, aussi bien pour l'analyse du sucre que pour celle de toute autre substance.

MM. Duhomme et Boismont se servent uniquement des urines de la nuit et rejettent le procédé de M. Yvon.

M. F. Vigier a vu des malades excréter du sucre pendant le jour et n'être pas glycosuriques pendant la nuit. Il se fut donc complètement trompé dans son analyse s'il n'avait examiné que les urines émises pendant cette période.

M. Bardet présente un appareil pour les injections gazeuses dans l'intestin suivant la méthode préconisée par M. Bergeon dans le traitement des affections des voies respiratoires, la tuberculose en particulier.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'on peut injecter dans l'intestin divers gaz : l'acide carbonique, l'acide sulfhydrique, le sulfure de carbone qui seuls sont bien supportés. Il importe d'employer une eau sulfureuse naturelle lorsqu'on veut produire l'acide sulfhydrique. Il est nécessaire dans tous les cas de ne pas pousser trop loin la distension de l'intestin qui devra toujours être lente et progressive.

M. C. Paul présentera un appareil un peu différent de celui de M. Bardet. Il rejette l'emploi du sulfure de carbone, gaz beaucoup trop facilement inflammable et préconise l'emploi de l'eau de Challes, pour la production de l'acide sulfhydrique.

Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 2 décembre 1886. — Présidence de M. Putzeys.

M. P. Snyers. — *De l'antifébrine dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la fièvre typhoïde* : De toutes les expériences, il résulte que l'antifébrine agit très bien comme antipyrétique dans la fièvre typhoïde ; dans le rhumatisme articulaire aigu, il y a une action spécifique, analogue à celle du salicylate de soude. Ce médicament est cependant inférieur à l'antipyrine, qui semble le meilleur succédané de la quinine ; de plus l'antipyrine présente l'avantage de n'occasionner ni phénomènes cérébraux, ni vomissements. — M. Petithan est élu président de la Société pour l'année 1887.

REVUE DES MALADIES DU FOIE

I. L'Epatite suppurativa di G.-B. Ughetti. (*Estratto di Rivista clinica di Bologna*, Déc. 1884).

II. Du cancer massif du foie ; par le Dr Gilbert, thèse inaug. (Steinheil, Paris, 1886).

III. Des coliques hépatiques et de leur traitement par les Eaux de Vichy ; par le Dr Willemin, 4e édit. (Félix Alcan, Paris, 1886).

I. L'hépatite suppurée est une maladie mal connue ; le pronostic est beaucoup moins grave qu'on n'a l'habitude de le croire, et, d'ailleurs, est entièrement subordonné au traitement. La distinction en aiguë, subaiguë et chronique, est vicieuse ; ce sont là des stades d'une même affection ; il est beaucoup plus rationnel de considérer à part chaque symptôme et de baser la gravité du pronostic sur la gravité des symptômes. On doit intervenir chirurgicalement le plus tôt possible. Les adhérences péritonéales ne sont pas

© BIU Santé

indispensables pour ouvrir l'abcès; en tout cas, il faut se hâter, même dans les cas douteux, de faire au moins une ponction exploratrice avec le Potain. On peut obtenir la guérison définitive par les seules ponctions aspiratrices répétées.

La mortalité, dans les cas d'abcès hépatiques est de 76.4 0/0 quand on n'intervient pas chirurgicalement; elle est, au contraire, seulement de 42.9 0/0 quand on les ouvre de bonne heure. Cette proportion repose sur une statistique de 93 cas.

II. M. Gilbert se propose de reprendre en une étude détaillée et distincte, une forme particulière de la carcinose primitive du foie, dont l'histoire n'a été qu'effleurée jusqu'ici par tous les auteurs. Il donne à cette forme l'épithète de *carcinose massive* et se propose de montrer qu'elle offre une évolution clinique qui lui est propre et constitue pour ainsi dire une maladie spéciale.

Le cancer massif représente la forme véritablement caractéristique du carcinome hépatique primitif. Cette forme de cancer laisse au foie sa forme, sa surface lisse et souvent aussi sa teinte habituelle pour ne se traduire extérieurement que par son augmentation de volume et de poids. Si on sectionne l'organe malade, il paraît transformé en une masse néoplasique de consistance molle ou lardacée fournissant, par le raclage, une quantité variable de suc cancéreux. Un point d'anatomie pathologique intéressant consiste en ce fait que si, d'un côté, la combinaison du cancer nodulaire et de la cirrhose est assez commune, au contraire, l'association du cancer massif et de la cirrhose est tout à fait exceptionnelle.

Passant à l'étude microscopique de cette lésion, l'auteur nous fait remarquer qu'à ce point de vue le cancer massif ne comporte rien de spécial et se rattache à l'étude histologique générale du cancer hépatique primitif. Nous ne pouvons entrer dans le détail des recherches microscopiques auxquelles il s'est livré et qui sont très nettement consignées dans son travail. Il distingue quatre types principaux d'épithéliome alvéolaire : 1° l'épithéliome alvéolaire à cellules gigantesques; 2° l'épithéliome alvéolaire à petites cellules polyédriques; 3° l'épithéliome alvéolaire à cellules cylindriques; 4° l'épithéliome alvéolaire à cellules polymorphes. Celui à cellules polyédriques est le plus commun.

Le tableau symptomatique de la carcinose massive du foie participe naturellement à la série des signes des symptômes carcinomateux et hépatiques; mais, comme le fait très bien ressortir l'auteur, nous n'y voyons pas signalé l'état marronné de la surface du foie, sans lequel, d'après les traditions classiques, il semble que le carcinome du foie ne puisse pas exister, et nous ne voyons indiqué qu'à titre d'exception l'ictère, la teinte jaune paille, les vomissements, les douleurs, l'ascite et la dilatation des veines sous-cutanées. Au chapitre diagnostic, l'auteur rappelle que dans le cas d'infiltration générale du foie par un sarcome, on se basera sur la connaissance de l'existence ou de la non existence d'une tumeur sarcomateuse primitive de la choroïde, du tissu cellulaire ou de tout autre tissu d'origine mésodermique. L'on n'oubliera pas en particulier que le sarcome primitif de la choroïde a une grande tendance à repulluler dans le foie et que le mélanosarcome secondaire du foie peut apparaître plusieurs années après l'extirpation du globe oculaire atteint primitivement par la néoplasie. Cette étude consciencieuse et savante de M. Gilbert, basée sur un grand nombre d'observations est une contribution sérieuse à la pathologie du foie.

III. Cet ouvrage, essentiellement pratique, se recommande aux confrères par la clarté de l'exposition et la grande quantité de faits cliniques qui y sont rapportés. On y trouve pour ainsi dire une courte monographie sur chaque cas pathologique susceptible d'amélioration ou de guérison par le traitement de Vichy. On peut même trouver que cette série interminable d'observations si variées alourdit un peu l'ouvrage et en rend la lecture un peu difficile; mais aussi est-ce plutôt un livre de renseignements, un dictionnaire des maladies qui relèvent du traitement de Vichy, qu'un traité didactique à proprement parler.

DOUGLAS AIGRE.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude de la peptone ;

par M. le Dr S. LABASTIDE.

Je viens présenter quelques courtes observations sur la peptone envisagée comme agent alimentaire et réparateur. J'ai été amené à prescrire son emploi par la nécessité de nourrir et de fortifier les malades dont je vais exposer les cas ainsi que les résultats obtenus dans les observations suivantes :

OBSERVATION I. — Mme M. Antonia G..., veuve, âgée de plus de quatre-vingts ans, robuste et bien constituée, de tempérament sanguin, — hémiplégie du côté droit, — aphasie partielle, à la suite d'un épanchement au cerveau, qui remontait à plus de trente ans; toutes les fonctions, d'ailleurs, s'accomplissaient parfaitement bien. Au printemps de 1884, sans cause bien déterminée, car elle menait une vie régulière et très sobre, une nouvelle attaque cérébrale la frappa. Les symptômes se dissipèrent sous l'influence des dérivatifs à l'intérieur et à l'extérieur; les accidents extérieurs seuls persistèrent. En 1885, elle eut une troisième attaque : celle-ci dura plus longtemps que la précédente; la paralysie devint plus prononcée, l'aphasie, qui existait déjà, plus complète et la déglutition plus pénible, sans qu'il y eût, d'ailleurs, aucune altération locale de la gorge.

La malade commença alors à refuser tout aliment. Quand on réussissait à lui en faire prendre quelque peu, elle le rendait aussitôt, plus ou moins altéré, et cela sans accuser la moindre souffrance du côté de l'estomac; les remèdes les mieux indiqués ne purent modifier cet état, car, non seulement la malade refusait les aliments, mais elle ne supportait même pas les liquides les mieux appropriés, et l'eau pure, sucrée ou gazeuse, était rejetée comme le reste; l'intolérance de l'estomac était complète.

Mme G... tomba très bas; elle maigrit considérablement; six mois après cette dernière attaque, la faiblesse était extrême. Dans ces circonstances, je pensai que la peptone liquide, administrée en lavements, pourrait être assimilée et soutenir la malade. Ma confiance dans une issue favorable était bien faible; d'une part, la position de la patiente était bien grave; de l'autre, je n'osais croire à l'action réparatice et à la facile assimilation qu'on attribuait à cette substance; c'était plutôt sur une spéculation que sur des faits bien établis que je m'appuyais; nonobstant les faits cliniques qui avaient été observés. On commença, le 22 septembre 1885, à donner, trois fois par jour, un lavement composé de 20 grammes de peptone Defresne, mêlée à 60 grammes de lait bouilli; le lait était souvent remplacé par du bouillon ordinaire. Après vingt jours de ce régime, la malade était sortie de son état de prostration et ses forces se relevaient un peu. Déjà l'estomac ne rejetait plus l'eau ni même le lait, pourvu qu'on les lui présentât à petites doses et à longs intervalles. En conséquence, on lui fit absorber 20 grammes de peptone, trois fois par jour, dans un peu de tapioca.

Le 12 novembre, c'est-à-dire après cinquante jours de ce seul traitement, Mme G..., quoique toujours paralysée, était non seulement revenue à son état primitif, mais commençait à prendre de l'embonpoint. Sans suspendre l'usage de la peptone, elle prenait sans répugnance et supportait quelques petites quantités d'aliments, tels que pâtes, soupes et jus de viande. Dans le mois de janvier de la présente année, la paralytique avait recouvré ses forces; elle cessa l'usage de la peptone Defresne et continua ses repas variés, parfois même assez abondants, jusqu'au 24 mars; à cette époque, elle succomba à une nouvelle congestion cérébrale.

OBS. II. — La jeune R..., âgée de neuf mois, débile et faiblement constituée, était née un mois avant terme, à la suite de chagrins que sa mère avait éprouvés de la maladie et de la mort d'un premier enfant. Dans les premiers temps de l'allaitement, le nouveau-né ne profitait pas, car la mère, déjà très éprouvée, s'affectait encore de voir l'enfant s'étioler faute de

© BIU Santé

nourriture et refuser obstinément un sein étranger et toute autre alimentation.

A l'apparition de la première dent, comme il arrive souvent, les symptômes d'inflammation firent explosion du côté de l'intestin et la consomption marcha rapidement ; à cet état, déjà bien grave, vinrent s'ajouter des aphtes dans la bouche, qui empêchaient le bébé de prendre le sein ; l'enfant, ainsi privée de toute alimentation et complètement exténuée paraissait vouée à une mort certaine. J'eus alors recours à la peptone.

J'ordonnai, toutes les quatre heures, un lavement composé de 20 grammes de lait et de 10 grammes de peptone Defresne. J'ajoutai parfois une ou deux gouttes de laudanum ; ce seul nutriment, continué pendant près de deux mois, maintint la petite malade, et, par degré, améliora complètement son état ; quand on put, après ce temps, lui administrer par la bouche quelques doses de dix gouttes de peptone dans le lait, faible et rare, de la mère, ou dans du tapioca, la guérison fut complète. Les symptômes de cette cachexie profonde étant disparus, l'enfant prit des forces, et elle se trouve aujourd'hui dans un état vraiment satisfaisant, après avoir usé pendant cinq mois seulement de la peptone Defresne, suivant la manière et dans les conditions que nous avons relatées.

Obs. III. — Philippe R..., âgé de neuf ans, assez bien constitué, tempérament nerveux et lymphatique, a eu la rougeole, la scarlatine, ainsi que de légers accès de fièvre intermittente, et enfin une fièvre typhoïde frustre. Il présentait, vers la fin de 1885, tous les caractères de l'anémie : pâleur, palpitations, maux de tête, glandes au cou et sur d'autres points, exostoses sur les crêtes des tibias.

Cependant son alimentation était succulente ; il faisait usage du vin de Bordeaux et il avait été soumis tour à tour aux ferrugineux, à l'huile de foie de morue, aux préparations de phosphate de chaux. Les soins hygiéniques, exercices variés, hydrothérapie, marchaient de pair avec le traitement. En dépit de tous ces efforts, son état ne s'améliora pas et il se maintint mauvais toute l'année dernière.

C'est alors qu'au mois de janvier 1886, on commença à lui donner le vin de peptone Defresne, à la dose d'une cuillerée à bouche par jour, dose que l'on éleva bientôt à deux cuillerées ; au bout de quelques jours, les tumeurs des jambes allaient en disparaissant, l'engorgement des glandes diminua, le petit malade reprit des forces, le teint se colora, les membres se mouvaient sans effort, l'appétit revint ; par contre, les maux de tête disparurent, ainsi que les palpitations ; l'état général s'améliora à vue d'œil. L'enfant n'a pas cessé de faire usage du vin de peptone et aujourd'hui il est complètement rétabli ; à peine perçoit-on quelques traces des glandes, si volumineuses autrefois.

Je m'abstiens de tirer aucune déduction des cas énumérés ci-dessus ; ils appellent de nouvelles études qui permettront d'apprécier l'assimilation complète, l'action réparatrice des peptones. Mais il est de mon devoir d'appeler l'attention sur les deux points suivants qui ressortent des observations précédentes :

1° Mme Antonia G... et la jeune R... se sont alimentées et nourries avec avantage pendant des jours nombreux en faisant exclusivement usage de la peptone ;

2° Elles ont reçu cette alimentation par les intestins seulement, car pendant longtemps ni l'une ni l'autre n'ont rien pu absorber par l'estomac, et cependant elles ont recouvré la santé et retrouvé leur vigueur primitive. Ces faits ne peuvent être illusoires, et, pour les corroborer, je soigne d'autres malades dont j'attends la guérison.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne.

Vienne, 20 novembre 1886.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Je vous adresse ci-dessous un résumé des quelques communications intéressantes qui ont été récemment faites à la *Société médicale Império-Royale de Vienne*. Entre autres, M. le Dr Hochengg, assistant de M. le professeur Albert, a montré à ladite société un cas très intéressant d'*Actinomycose abdominale primitive*. Le malade, âgé de 43 ans, avait eu, il y a quelque temps, une contusion sur la région hypogastrique, causée par un lourd marteau tombé sur son côté. Il guérit au bout de quinze jours, mais après neuf mois il redevint malade et incapable de travailler ; l'on remarqua alors une tuméfaction dans la région abdominale inférieure ; à la région ombilicale on trouva aussi une fistule sécrétant du pus et dans lequel on découvrit les grains caractéristiques du champignon de l'actinomycose. Quant aux crachats, on n'y rencontra pas d'actinomyces. Au-dessus de la prostate on sentait une résistance diffuse qui probablement dérivait de la tumeur déjà mentionnée. Il n'y avait rien d'extraordinaire dans les matières fécales, ni dans les urines. Le Dr Hochengg a fait remarquer que la contusion que le malade avait eu auparavant avait probablement donné lieu à une péritonite adhésive et celle-ci à la formation d'une tumeur solide dans laquelle l'actinomyces avait émigré en partant de l'intestin. Prenant en considération les résultats favorables de l'opération dans des cas pareils comme par exemple dans ceux d'Esmarch, M. Hochengg dit qu'on essaya aussi à la clinique de M. Albert d'enlever dans le cas en question toute la tumeur ou du moins les parties vraiment morbides à l'aide de la curette tranchante.

M. le Professeur Gosker a fait remarquer à cette occasion qu'il avait observé deux cas d'actinomycose du cordon spermatique sur des animaux et que d'autre part six cas pareils ont été publiés par d'autres observateurs.

Dans une autre séance de la même Société, M. le Dr Hajek a fait une communication sur les *différences qui existent entre le streptococcus de l'érysipèle et celui du phlegmon*. D'abord, il a combattu l'opinion de Rosenbach en disant que les légères différences de ces deux espèces de microorganismes quant à leur aspect et quant à la rapidité de leur croissance, n'étaient d'aucune importance. Les cultures de ces deux microorganismes ne montrent pas de différences frappantes, mais ils ne sont certainement pas identiques. M. le Dr Hajek a exécuté une série d'expériences sur des animaux pour se rendre compte des différences, quant à l'influence pathogénique de ces deux espèces de *Streptococcus*. Il a fait dans ce but des inoculations avec le *streptococcus de l'érysipèle* sur vingt lapins et des inoculations avec le *streptococcus pyogenes* sur vingt et un chiens. Il a trouvé d'assez grandes différences. Dans les cas d'inoculation avec le *streptococcus de l'érysipèle*, il ne s'établit de suppuration que dans peu de cas ; seulement dans des cas très intenses d'érysipèle, le résultat obtenu ressembla à ce qu'on observe lorsqu'il s'agit de formes légères du phlegmon. Dans les inoculations avec le « *streptococcus pyogenes* » la suppuration eut lieu dans la plupart des cas. M. Hajek en conclut que le *streptococcus* de l'érysipèle et celui du phlegmon ne sont très probablement pas identiques. La différence, quant à la nature pathogénique de ces microbes, n'est pourtant pas non plus une raison suffisante pour établir avec une sûreté absolue une différence entre le *streptococcus* de l'érysipèle et celui du phlegmon. M. Hajek fait remarquer qu'à cet égard il attribue la plus grande importance aux résultats de ses recherches histologiques. La manière dont se comporte chacune de ces deux espèces de streptococcus vis-à-vis des éléments des tissus vivants est telle qu'il en faut conclure que les organismes en question sont certainement différents. Les modifications histologiques dans les cas d'érysipèle se manifestent par une inflammation des vaisseaux lymphatiques, des interstices du tissu conjonctif, et ce n'est que dans les cas les plus intenses que le tissu situé autour des vaisseaux lymphatiques participe à l'inflammation. Les *cocci* de l'érysipèle ne se trouvent que dans les vaisseaux lymphatiques ; il n'y en a qu'un nombre très restreint dans les interstices du tissu conjonctif. Les tissus vivants ne constituent pas un milieu de culture (Nahrboden) particulièrement favorable au développement des *cocci* de l'érysipèle ; en outre ce streptococcus se comporte aussi d'une façon passive dans l'évolution du processus morbide, car il n'arrive que là où il est apporté par le courant lymphatique. Il en est tout à fait autrement pour le *streptococcus pyogenes*. Lorsqu'il s'agit de ce microbe, on trouve les vaisseaux lymphatiques et les

© BIU Santé

interstices du tissu conjonctif remplis de colonies de *cocci*, l'infiltration cellulaire étant tout à fait absente ou tout au plus très peu considérable. Le *streptococcus pyogenes* d'ailleurs forme partout des traînées épaisses dans la peau, la pénètre dans toutes les directions, et même la paroi des vaisseaux sanguins est perforée. Le *streptococcus pyogenes* a donc pour caractéristique de se présenter dans les tissus vivants sous forme de colonies. M. Hajek montre que cette manière d'être est importante à considérer pour la différence des espèces de micro-organismes en question ; car même dans les cas les plus intenses d'érysipèle les *cocci* n'ont été trouvés présents que dans un nombre proportionnellement très restreint et seulement dans les vaisseaux lymphatiques. A la fin de sa communication M. Hajek a dit que dans les cas d'érysipèle compliqués par d'autres affections on ne peut pas toujours considérer la maladie qui cause la complication comme une dépendance de l'érysipèle ; mais il n'en est pas toujours ainsi. En effet, dans un cas dans lequel un érysipèle fut compliqué d'une pleurésie, M. Hajek put se convaincre que la seconde maladie était réellement produite par la première ; des inoculations avec le streptococcus, qui avait été trouvé dans l'exsudation pleurétique furent faites sur cinq lapins et amenèrent les symptômes caractéristiques de l'érysipèle. Dans un autre cas, cependant, où il y eut une pneumonie au lieu de pleurésie, il ne put pas constater une telle dépendance ; il ne trouva dans les poumons infiltrés que le *diplococcus pneumoniæ* et pas de *streptococcus*.

M. le Dr Paltauf, assistant de M. le professeur Kundrat (à la chaire d'anatomie pathologique) a fait une communication intéressante sur les *cultures des bactéries du rhinosclérome*, qu'il a pratiquées avec le Dr E. Tiselsberg. Ils ont trouvé dans le pus et sur des coupes durcies de parties atteintes par du rhinosclérome des *cocci* d'une forme ovale et des *bacilles* courts qui étaient entourés d'une capsule capable d'être colorée. Ces microbes furent cultivés dans six cas et prospérèrent sur la gélatine (Nährgelatine), sur l'Agar-Agar, sur le sérum du sang, aussi bien que sur des pommes de terre. Les cultures en question montrèrent une grande ressemblance avec celles des bactéries de la pneumonie de Friedländer. Les cultures sur la gélatine et sur des pommes de terre ont été montrées par M. le Dr Paltauf à la Société. Ces microbes diffèrent quant à la virulence. Les bactéries du rhinosclérome sont pathogènes pour des souris et dans un moindre degré aussi pour des cobayes ; les lapins sont réfractaires. Elles produisent une inflammation des membranes séreuses et du tissu cellulaire. M. Paltauf a fait remarquer qu'il n'avait pas réussi à reproduire un processus analogue à celui du rhinosclérome par les inoculations, mais qu'il pensait pourtant que les microbes en question devaient être considérés comme pathogènes à cause de leur fréquence et de leur constance dans les tissus rhinosclérómateux. Il ajoute que les résultats qu'il a obtenus sont conformes à ceux de MM. Cornil, Alvarez et Frisch.

Dans une de mes lettres précédentes je vous ai annoncé que le Ministre actuel de l'instruction publique, M. v. Gautsch, avait envoyé une circulaire au collège professoral de la Faculté de médecine de Vienne, et que dans celle-ci il demandait les dispositions à prendre, pour remédier à la grande affluence des étudiants à ladite faculté. Cette affluence est en effet funeste à l'instruction des étudiants, surtout pour les travaux pratiques. M. v. Gautsch demandait s'il ne serait pas bon de créer un « *Numerus clausus* » pour la réception des étudiants à la faculté de médecine viennoise ; un des membres les plus distingués du collège professoral de médecine, M. le Professeur Théodore Billroth, s'était prononcé dans une certaine mesure pour le « *Numerus clausus* » dans une brochure intitulée : « *Aphorismen zum Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften* », qui parut quelque temps avant la circulaire en question. Malgré l'opinion de ce savant, le collège professoral de médecine Viennois, dans sa séance du 20 novembre dernier, a voté à l'unanimité contre la création de ce » *Numerus clausus* ». Le vote du collège professoral a été accepté, comme on le désirait vivement.

Veuillez agréer, etc. Leibowitz.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'Art des accouchements, 2e volume, (*Pathologie de la grossesse*), par S. Tarnier et P. Budin. Paris, Steinheil, 1886.

Dans la préface du premier volume de son *Traité de l'Art des accouchements*, parue en 1882, M. Tarnier présentait en ces ferme à ses lecteurs le nouveau collaborateur qu'il venait de s'adjoindre pour remplacer le regretté G. Chantreuil : « De tous mes anciens internes, M. Budin m'a paru être celui qui pouvait le mieux, sans nuire à ses travaux personnels, trouver le temps de rédiger avec moi le second volume de ce traité. Je lui ai donc demandé, d'être mon collaborateur et il a accepté. M. Budin a été pendant deux ans chef de clinique d'accouchement ; il est aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté de médecine et il a publié plusieurs mémoires originaux ; son nom est donc bien connu du public médical. Son zèle pour la science, son ardeur au travail, sa connaissance approfondie des langues étrangères, me rendent sa collaboration très précieuse et mes lecteurs applaudiront, j'en suis certain d'avance, au choix que j'ai fait. »

Nous n'ajouterons rien à ces paroles, les lecteurs du *Progrès Médical* connaissent trop bien les travaux scientifiques du Dr Budin pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Le livre dont nous rendons compte aujourd'hui est le fruit de cette collaboration qu'ont malheureusement entravée pendant un certain temps de sérieuses difficultés. Un instant même, M. Tarnier a pu craindre que son second auxiliaire ne vint à lui manquer. Le Dr Budin s'est trouvé retenu de longs mois loin de Paris par une cruelle maladie qui a mis ses jours en danger : il ne cessait pourtant de travailler avec courage à l'œuvre commune, mais elle n'avançait que trop lentement à son gré. Il s'est heureusement complètement rétabli, et son retour à la santé s'est traduit par un redoublement d'activité qui lui a permis de terminer, avec son maître, ce volume à la publication duquel il avait désespéré d'assister.

Indépendamment de cette cause de retard dans l'apparition de leur œuvre, les auteurs auraient le droit d'en invoquer une autre : c'est qu'il s'agissait pour eux de traiter une des parties les plus ardues et les plus difficiles de l'obstétrique : la pathologie de la grossesse, dont tant de points sont encore l'objet de controverses, et qui soulève souvent les questions les plus délicates de pronostic et de traitement.

Très insuffisamment développée dans la plupart des traités d'accouchements, cette importante section de leur ouvrage a reçu de MM. Tarnier et Budin toute l'extension qu'elle mérite. Aussi constitue-t-elle à elle seule non pas un simple fascicule, mais le second volume de leur Traité, qui se composera ainsi de trois volumes au lieu des deux qu'il devait avoir primitivement.

En parcourant les six-cents pages où se trouve condensée toute la pathologie de la grossesse, le lecteur se rendra facilement compte du temps et du labeur qu'a dû exiger une pareille œuvre pour être menée à bien. Sans verser dans le domaine de la pathologie proprement dite, ce qui était un des écueils de leur tâche, les auteurs ont toujours eu en vue la femme enceinte ou en travail : ils se sont bornés, ainsi qu'ils le disent eux-mêmes, « à étudier d'une part les états pathologiques qui ont une influence évidente sur la grossesse, ou qui, par réciproque, sont notablement modifiés par elle, et d'autre part ceux qui sont propres à la femme enceinte. »

Leur livre comprend vingt-quatre chapitres ; de nombreuses divisions et subdivisions en facilitent la lecture. En tête de chaque article est un index bibliographique extrêmement soigné, où ne se trouve relatée aucune indication de seconde main, et qui, sans être surchargé de noms, est suffisamment complet pour servir d'historique et pour permettre de recourir aux sources les plus importantes.

Les descriptions sont simples, claires et concises : un grand nombre de faits nouveaux, d'observations saisissantes, de détails pratiques captivent l'attention et se

© BIU Santé

gravent facilement dans la mémoire. Le lecteur trouvera partout des notions aussi nettes que précises sur la question parfois si embarrassante de la conduite à tenir. A propos de certains sujets encore à l'étude et qui forment de véritables articles d'attente, il verra mis en relief les points en litige, et ceux qui doivent susciter de nouvelles recherches.

Il nous est impossible, sans dépasser les limites d'un simple compte rendu, de passer en revue chacun de ces chapitres, dont il faudrait citer et commenter tous les articles. Aussi, nous bornerons-nous à indiquer l'ordre qu'ont suivi les auteurs en insistant plus particulièrement sur certaines parties de leur œuvre.

Le traumatisme, les opérations et les tumeurs en général sont étudiés dans le premier chapitre, au point de vue de la grossesse, et donnent lieu à d'intéressantes considérations pratiques. — Dans le second, qui comprend les maladies générales et fébriles, il faut citer surtout ce qui a trait aux fièvres éruptives et intermittentes. — Puis viennent les maladies générales non fébriles, où se trouve entre autres une remarquable description de la syphilis, de son action sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, et de sa transmission au fœtus. — Nous ne pouvons que signaler les chapitres qui traitent des troubles des différents appareils, digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire, nerveux, tous très intéressants, et dans lesquels les articles vomissements incoercibles, ictère, maladies du cœur, varices, albuminurie, méritent surtout d'être mentionnés. — Un paragraphe entier est consacré aux maladies de la peau, et est divisé en affections cutanées coexistant avec la grossesse et spéciales à la grossesse. — Les maladies des mamelles, et en particulier l'hypertrophie mammaire, celles de la vulve et du vagin, les malformations de l'utérus dans leurs rapports avec la gestation, les maladies de l'utérus lui-même et de ses annexes, sont étudiées ensuite en détail. Outre les articles très développés qui ont trait aux malformations, à la rétroversion, au prolapsus, etc..., plusieurs articles plus courts sont réservés à la description d'affections moins communes, mais cependant fort intéressantes, telles que les hernies de la matrice, les ulcérations du col, les polypes muqueux de l'utérus, les inflammations périutérines, etc... — Dans le chapitre des maladies des articulations, on remarquera tout particulièrement une étude pleine d'originalité sur le relâchement des symphyses.

La grossesse est rendue parfois pathologique, non plus par les maladies de la mère, mais par celles de l'œuf. Aussi un long chapitre est-il consacré à ces dernières. Les affections de l'amnios, l'hydramnios, les lésions du chorion, la môle vésiculaire, celles de la caduque, l'hydrorrhée, les maladies du placenta et du cordon ombilical, font l'objet d'une série d'articles pleins d'intérêt. — Les maladies du fœtus sont ensuite traitées avec soin, et un chapitre spécial a trait à la mort du fœtus.

Une innovation des plus heureuses est celle de l'introduction dans ce livre d'un aperçu de tératologie. De même que dans son premier volume, M. Tarnier avait cru devoir faire un exposé succinct de l'embryologie, de même il a pensé que ses lecteurs lui sauraient gré de les mettre au courant des éléments de la tératologie. Son but a été « de vulgariser très sommairement une science qui est souvent par trop délaissée, et d'attirer particulièrement l'attention sur quelques monstruosités dont la connaissance est indispensable à ceux qui se livrent à la pratique des accouchements. » De nombreuses figures complètent l'intelligence de ces malformations et monstruosités, dont l'étude, bien que très abrégée, ne comporte pas moins de 90 pages.

La fin du volume est occupée par d'importants chapitres sur l'avortement, l'accouchement prématuré spontané, la grossesse extra-utérine et la mort de la femme enceinte.

Nous devons insister particulièrement à propos de l'avortement sur le traitement de la délivrance et de ses complications, qui a reçu de la part des auteurs de longs développements. Au moment où la question de la rétention du placenta après l'avortement est pour ainsi dire à l'ordre du jour, il est du plus grand intérêt de connaître l'opinion de deux des représentants les plus autorisés de l'obstétrique en France. Relativement à la délivrance dans l'avortement, les auteurs se déclarent partisans de l'expectation, et la lecture attentive des motifs sur lesquels ils basent leur opinion est bien faite pour entraîner la conviction.

Ils montrent, en effet, d'une part que la rétention du placenta n'est pas une source d'accidents fréquents, d'autre part, que les manœuvres digitales et instrumentales ne sont pas inoffensives, malgré l'antisepsie rigoureuse dont on les accompagne. Lors même qu'il survient les complications, hémorrhagies ou septicémie, l'expectation doit encore être la règle, car le tamponnement fait avec des substances aseptiques, les lavages vaginaux et utérins antiseptiques, le sulfate de quinine suffisent le plus souvent à conjurer les accidents. La statistique des avortements observés par les auteurs à la Maternité et à la Charité vient confirmer d'une façon éclatante l'excellence de ces principes. Voici d'ailleurs leurs propres conclusions : « Avec l'expectation et l'antisepsie rigoureusement faite, sans aucune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale, les cas de mort seront extrêmement rares : nous ne craignons pas de l'affirmer avec force, tant est grande notre expérience personnelle sur ce sujet, expérience de l'hôpital et de la pratique civile. Ajoutons que cette méthode, expectation et antisepsie, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et toutes les sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage. »

Nous ne saurions trop engager le lecteur à méditer ces paroles et à étudier avec soin tout ce qui a trait au traitement de l'avortement dans le livre de MM. Tarnier et Budin : nous sommes convaincu qu'après cette lecture son opinion sera faite comme la nôtre et demeurera absolue.

Le chapitre de l'accouchement prématuré spontané est rendu particulièrement intéressant par l'étude de la faiblesse congénitale et de son traitement. On sait quels grands progrès M. le Pr Tarnier a fait faire dans ces dernières années à l'élevage et à l'hygiène des enfants nés avant terme. On trouvera ici exposée avec détails la méthode qu'il a mise en pratique à la Maternité et qui a été depuis adoptée par plusieurs accoucheurs. Elle consiste, d'une part, dans l'emploi de la couveuse, de l'autre dans un mode d'alimentation approprié et dans le gavage. Il est inutile d'insister sur l'importance pratique de tout ce chapitre dont la lecture s'impose à tous les médecins qui s'occupent d'accouchements.

La grossesse extra-utérine fait l'objet d'une étude très complète où le lecteur est mis au courant des dernières données scientifiques ; le traitement est remarquablement exposé, et le lecteur trouvera des conseils judicieux et des règles précises pour tous les cas si variés qui peuvent se rencontrer dans la pratique.

Tel est le second volume du traité d'accouchements de MM. Tarnier et Budin, dont nous avons essayé, dans cette rapide analyse, de faire ressortir toute l'originalité et aussi toute l'utilité. Il comble réellement une lacune dans la littérature obstétricale en mettant la science française au courant de tous les travaux nationaux et étrangers sur les questions les plus délicates de la pathologie de la grossesse. Il sera lu et consulté avec le plus grand profit par les étudiants, les médecins et les accoucheurs, et nous lui prédisons un succès au moins égal à celui qui a accompagné la publication du premier volume du même ouvrage.

Ch. MAYGRIER.

VARIA

Ecole d'infirmières à l'hôpital de Saint-Denis (*Seine*).

Le 5 décembre, la municipalité de Saint-Denis a ouvert une Ecole d'infirmières, annexée à l'hôpital. M. le Dr Leroy des Barres est chargé du cours de notions élémentaires d'anatomie et de physiologie et du cours de pansements ; M. le Dr Dupuy du cours d'hygiène et du cours sur les soins à donner aux femmes en couches

© BIU Santé

et aux enfants nouveau-nés ; enfin, M. Natine, pharmacien, fera un cours de petite pharmacie.

Il est vivement à désirer que toutes les municipalités des grandes villes de France organisent un enseignement de ce genre ; c'est le meilleur moyen de se procurer, pour remplacer les religieuses, un personnel excellent sous tous les rapports

Exposition d'hygiène de l'enfance (Ville de Paris 1887.)

Règlement. — Une Exposition d'Hygiène de l'Enfance s'ouvrira à Paris, au 1er mai 1887, sous la présidence de M. le Dr CHASSAING, et d'un Comité de patronage. Cette Exposition d'un caractère technique, scientifique et pratique, comprendra tous les ouvrages et produits concernant l'hygiène et l'éducation des enfants jusqu'à l'âge de douze ans, classés par groupes énumérés sur le programme joint au présent règlement. L'Exposition d'Hygiène de l'Enfance aura une durée minima d'un mois. Elle sera ouverte tous les jours, à partir de 10 heures du matin. L'entrée sera gratuite le dimanche ; il sera perçu : le jeudi, 50 centimes ; le vendredi, 5 francs ; les autres jours, 1 franc. Toutes les personnes désireuses de prendre part à cette Exposition devront faire parvenir à M. le Dr DEGOIX, Président de la Commission d'admission, 24 *bis*, rue Rochechouart, avant le 15 avril 1887, leur demande d'admission formulée sur un bulletin du modèle joint au présent règlement. Toutes les communications ou renseignements relatifs à l'Exposition d'Hygiène de l'Enfance devront être adressés à M. GRIPPA, Secrétaire général de l'Exposition, 7, Galerie Bergère. Ier GROUPE : *Groupe technique initial.* Ouvrages de pédiatrie et de pédagogie. Protection de l'enfance. Hygiène professionnelle dans ses rapports avec la mère et l'enfant. Sociétés protectrices de l'enfance abandonnée. Hygiène de la maison maternelle. Crèches. Ecoles maternelles. Régime des nourrices. Livres, plans, cartes. Statistique. Dessins. Plastique. — IIe GROUPE : *Naissance.* Hygiène de l'enfant nouveau-né Allaitement des premiers jours. Pansement des nouveau-nés. Maillots. Poudres. Bains. Layettes. Berceaux. Literie. Vêtements. – IIIe GROUPE : *Période d'allaitement.* Pèse-bébés. Nourriture du premier âge. Allaitement maternel et animal. Nourrices. Hygiène des bureaux de nourrices. Vaches. Chèvres. Anesses. Lait de diverses origines. — IVe GROUPE : *Allaitement artificiel, dans le cas où cet allaitement est indispensable.* Industries nourricières. Nourrices sèches. Biberons. Aliments autres que le lait. Farines lactées. Laits condensés, etc. — Ve GROUPE : *Hygiène infantile préventive.* Soins hygiéniques de la première enfance (1 à 5 ans) et de la deuxième enfance (5 à 12 ans) — Hygiène dentaire. Précautions contre les accidents. Soins de propreté. Vaccine animale et humaine. Gymnastique éducative et scolaire. Bataillons scolaires. Marche. Saut. Natation. — VIe GROUPE : *Affections et vices naissants.* Appareils orthopédiques contre le rachitisme et les maladies de croissance. Constipation et ascessence chez les nouveaux-nés. Attitudes vicieuses. Hernies. Pieds plats. Pieds bots. Strabisme. Incurvation des tibias. Rachitisme. Bègues. Aveugles. Sourds-muets. Habitudes vicieuses. Hospices. Sanitoria. Bains de mer. Stations thermales. — VIIe GROUPE : *Industrie et manufactures.* Industrie et manufactures. Hygiène et mobilier scolaires. Jouets. Bonbons. Voitures. Jeux. Images. Vêtements. Eclairage. Chauffage. Boites de secours pour les écoles. Objets divers. Indication des produits toxiques qui ne doivent pas être employés pour l'enfance.

Les souverains névropathes.

Le récit encore récent des extravagances et des folles prodigalités du roi Louis de Bavière, sa mort arrivée dans les circonstances dramatiques que l'on sait, donnent un intérêt d'actualité à une recherche historique sur les souverains que la folie a marqués de son doigt néfaste. Nous avons rangé sous le titre de névropathes tous ceux qui se sont distingués par des bizarreries dénotant une faiblesse mentale bien caractérisée.

Dès la plus haute antiquité, on peut signaler le roi Nabuchodonosor qui, descendu au rang de pourceau, dévorait les détritus de ses cuisines. Xercès, roi de Macédoine, n'avait-il pas « son grain de folie » quand il commandait d'enchaîner la mer et de la faire battre de verges ? L'empereur romain Adrien, qui a marqué son passage au trône par l'exécution de travaux d'utilité publique remarquables, et la construction de magnifiques monuments, fut atteint sur la fin de son existence de folles superstitions. Il affichait un goût très prononcé pour les pratiques de magie et de sorcellerie, et, dans des accès de démence passagère, tenta plusieurs fois de se donner la mort. D'ailleurs, ses faiblesses pour son favori Antinoüs, sont une preuve indéniable d'un dérangement cérébral. Les excentricités de l'empereur Néron sont suffisamment connues, sans qu'il soit utile d'y insister. Lucullus est mort en démence. Son père, dit Plutarque, dut gérer ses affaires à sa place.

Le protecteur Cromwell était un génie étrange et un caractère complexe. Il offrait un mélange de bon sens et d'extravagance, de tolérance et de fanatisme. Sa vie a été trop diversement appréciée par Guizot, Villemain et Philarète Chasles en France, d'autre part, par les historiens anglais et les mémoires contemporains, pour qu'on puisse porter sur lui un jugement définitif. Mais pour ne citer que l'opinion d'un éminent aliéniste, le Dr Moreau (de Tours), c'était un halluciné. Le roi d'Angleterre, Georges III, après quelques années de démence, reprit l'usage de ses facultés pour les perdre définitivement jusqu'à sa mort.

Gustave IV, roi de Suède, perdit le trône sur lequel ne tarda pas à s'asseoir Bernadotte, à la suite de l'égarement de sa raison.

La maison royale d'Espagne, de 1449 à 1700, offre le frappant exemple d'une névropathie héréditaire qu'on peut suivre pendant un quart de siècle : sautant quelquefois une génération, se manifestant avec une intensité variable sous diverses formes, et finissant par amener l'extinction complète de la race. Cette tendance héréditaire fut encore renforcée par les mariages consanguins. La maison d'Autriche, si souvent alliée à la maison d'Espagne, a présenté peu de membres aliénés, et se débarrassa finalement de l'hérédité nerveuse. Jean II de Castille, prince faible et imbécile, épousa Isabelle de Portugal, folle les dernières années de sa vie. Ferdinand, mari d'Isabelle la Catholique, mourut mélancolique en 1516. L'époux de Marie de Bourgogne, Maximilien d'Autriche, était un excentrique. La mère de Charles-Quint, Jeanne la folle, considérée comme aliénée par le gouvernement espagnol, fut enfermée pendant cinquante ans dans le château de Tordecillas. On connait la singulière fantaisie de Charles-Quint assistant à ses propres funérailles dans le monastère de Saint-Just. Il en éprouva un si grand chagrin que son esprit « avait été touché » suivant l'aimable euphémisme de Balzac. La deuxième femme de Philippe II, Marie Tudor, fille de Henri VIII et de Catherine d'Aragon, était une folle hystérique. Elle était, suivant l'expression de Hume « entêtée, superstitieuse, violente et cruelle. »

Rudolphe II était un excentrique. Philippe III, un aliéné. Philippe IV, un faible d'esprit. Un des fils de ce dernier, Charles II, était, à la fois, imbécile et fou. Cette hérédité nerveuse a été étudiée magistralement par un de nos agrégés les plus distingués, le Dr Déjerine, auquel nous avons emprunté une grande partie de ces détails.

Frédéric-Guillaume, père de Frédéric le Grand, avait de véritables accès d'aliénation mentale. Il menaça plusieurs fois de mort ses propres enfants dans des moments de brutalité sauvage que rien ne justifiait.

Dans la galerie des hommes célèbres morts de peur, figure le superstitieux Frédéric Ier. Le roi sommeillait un jour dans son fauteuil. Un bruit de pas le réveille brusquement, et il aperçoit devant lui sa femme, Louise de Mecklembourg, demi-nue, les bras et les mains ensanglantés. Frappé de terreur, il s'alita aussitôt, en déclarant à qui voulait l'entendre, qu'il avait vu la Dame blanche, chargée d'annoncer leur dernière heure aux princes de sa famille. Il expirait six semaines après.

Le journal, l'*Intermédiaire des Chercheurs et Curieux*, dirigé si habilement par M. Faucou, a reproduit une page des plus amusantes sur l'état mental du roi d'Espagne, Philippe V. Ces détails sont extraits d'un ouvrage, aujourd'hui très recherché : les Fous célèbres. Le passage entier est à citer : « Dans ses accès maniaques, le roi ordonne qu'on ouvre, au milieu de l'hiver, les fenêtres de sa chambre à coucher, et les fait tenir hermétiquement fermées au mois d'août ; de sorte que ses ministres, ses médecins et ses officiers gèlent ou étouffent auprès de lui... il supporte trois couvertures de flanelle dans la canicule, et rejetant jusqu'à son drap à Noël, il se montre complètement nu, quoiqu'il puisse y avoir des femmes dans sa chambre ; on l'a vu plus d'une fois entendre la messe dans cet état de nature et la suivre dévotement sur son bréviaire. Le roi catholique marmotte des prières pendant une partie de la journée ; son lit est toujours couvert de livres de piété ; souvent il oblige la reine à lire des psaumes ou antiennes qu'il interrompt à chaque instant par les remarques les plus étrangères au sujet qu'il écoute. Un jour, au milieu d'un chapitre du Nouveau Testament, il s'aperçut que sa chienne paraissait tourmentée par une de ces passions impérieuses que la Providence ne prescrit pas aux animaux de cacher, pour qu'il y ait au moins entre eux et l'humanité une différence que les écarts de cette dernière font quelquefois disparaître. Soudain Philippe, tout en ordonnant à la reine de continuer sa lecture, envoie chercher un chien, et fait accomplir l'œuvre de nature devant cinquante personnes, en mêlant à la parole sainte, récitée par Elisabeth, les plus sales remarques sur les mystères de la reproduction... Ce prince garde le lit des mois entiers dans la plus dégoûtante malpropreté, puis passe un même espace de temps sans vouloir se coucher. » Et c'est ainsi que s'écoula une grande partie de la vie du petit-fils de Louis XIV !

Si nous parcourons notre histoire, nous pourrons y noter l'empreinte de la folie sur les têtes couronnées. Charles le Téméraire resta plongé dans une profonde mélancolie après sa défaite de Mo.

© BIU Santé

rat. Il avait d'ailleurs de qui tenir : Charles VI, Henri VI, Guillaume l'Insensé et bien d'autres membres de sa famille, Charles VI fut atteint d'une manie périodique qui causa sa mort vers l'âge de 52 ans. D'autres historiens affirment qu'il fut frappé réellement de folie en 1392. Charles VII « se procura la mort par une trop grande abstinence, dans la seule veue qu'il ne s'empoisonnât. » Louis XI était en proie à toutes les anxiétés, à toutes les terreurs qui caractérisent la panophobie. Confiné dans son château de Plessy-les-Tours, il y vivait presque isolé, en la seule compagnie de son fidèle Olivier-le-Daim, de son médecin Coictier, et du trop fameux Tristan l'Ermite. Il était gardé, comme s'il eût été enveloppé d'ennemis et de trahisons; faisant mettre à mort par son prévôt les passants ou rôdeurs qui approchaient trop de son château. Parfois il se payait le malin plaisir d'enfermer ses prisonniers les plus illustres dans des cages de fer, et les faisait charger de ces chaines qu'on nommait les fillettes du roi. Henri III était sujet à des accès de mélancolie, dont s'apercevaient seuls les officiers de sa maison. Il devenait alors intraitable. Louis XIII, enfant, tombait quelquefois dans des accès de rêverie mélancolique. Il avait le sommeil fréquemment troublé par des cauchemars, qui allaient parfois jusqu'au somnambulisme. Charles IX, troisième fils d'Henri II et de Catherine de Médicis, bien qu'ayant reçu une éducation très cultivée, était un prince sanguinaire et d'une cruauté inexorable. Les massacres de la SaintBarthélemy en font suffisamment foi. Le soir et le lendemain de cette horrible tuerie, le roi fit mander son fidèle chirurgien Ambroise Paré. Après l'état de surexcitation dans lequel il était resté plongé pendant deux jours, il tomba dans un affaiblissement profond, et eut une forte fièvre et des hallucinations. « Je ne sais ce qui m'est sur venu depuis deux ou trois jours, disait-il ; mais je me trouve l'esprit et le corps grandement esmeus, voire tout ainsi que si j'avais la fiebvre, me semblant à tout moment aussy bien veillant que dormant, que ces corps massacrez se présentent à moy, les faces hydeuses et couvertes de sang. » Il dût, pour se débarrasser de cette horrible vision, se livrer à des exercices de corps violents, et s'abandonner, avec plus d'ardeur que jamais, à la chasse, sa distraction favorite. Cette liste est forcément incomplète, et nous n'aurions garde de le méconnaitre. Nous avons simplement voulu montrer que le vers de Malherbe si souvent cité :

Et la garde qui veille, etc.

pouvait encore une fois trouver ici son application. CABANÈS.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 13. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, Fournier, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Hayem, Kirmisson ; — 3e *Série* : MM. Damaschino, Gautier, Rémy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin.

MARDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Campenon. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Duplay, Pinard. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Grancher, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Humbert ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Vulpian, Jaccoud, Troisier ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Peter, Quinquaud.

MERCREDI 15. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Damaschino, Guebhard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Lannelongue, Budin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Tarnier, Reclus.

JEUDI 16. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Mathias-Duval, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Panas, Cornil, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Duplay, Richelot ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Ball, Laboulbène, Hallopeau ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Jaccoud, Raymond.

VENDREDI 17. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Damaschino, Straus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Potain, Landouzy.

SAMEDI 18. — 1er *de Officiat*, oral, définitif : MM. Le Fort, Ball, Campenon. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Peter, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Duplay, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Cornil, Grancher, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 15. — M. Masson. Étiologie de la tuberculose. — M. Bouttier. Etude sur la sclérodermie. — *Jeudi* 16. — M. Barrault. Contribution à l'étude du rétrécissement sous-aortique. — M. Fauvelle. Formes cliniques de la pneumonie. — M. Gilly. Lymphadénie intestinale. — M. Callamand. Du rôle de l'eau dans la nutrition. — M. Dartayet. Contribution à l'étude des tumeurs du médiastin. — M. Pigelet. De quelques cas de danse de Saint-Guy et de leur traitement. — *Vendredi* 17. — M. Noury. Considération sur le traitement des fractures du membre inférieur, et en particulier des fractures de la cuisse à bord des bâtiments de l'État. — M. Guyard. Du traitement des affections pulmonaires par le gaz sulfo-carboné. — *Samedi* 18. — M. Delabarthe. Contribution à l'étude de la période dite latente du rétrécissement blennorrhagique. — M. Couzefeyte. De l'antisepsie dans l'énucléation du globe oculaire.

FORMULES

VI. — Traitement du psoriasis palmaire et plantaire syphilitique (GILLES DE LA TOURETTE).

Sublimé. . . . . ää un gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque . . . . . ää un gramme.

Pour un paquet ; mettre ce paquet dans deux litres d'eau tiède et prendre matin et soir un bain local d'un quart d'heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 novembre 1886 au samedi 4 déc. 1886, les naissances ont été au nombre de 1081 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 441 ; illégitimes, 139. Total, 580. — *Sexe féminin* : légitimes, 378 ; illégitimes, 123. Total, 501.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 nov. 1886 au samedi 4 déc. 1886, les décès ont été au nombre de 1005, savoir : 534 hommes et 471 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 11, T. 22 Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 12, F. 19, T. 31. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 6, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 11, F. 11, T. 22. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 2, T. 4. — Infections puerpérales : 1. — Autres affections épidémiques : M. 00, F. 00, T. 00. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 20, F. 12, T. 32. — Phthisie pulmonaire : M. 125, F. 80, T. 205. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 10, T. 19. — Autres affections générales : M. 27, F. 32, T. 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21, F. 32, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 13. T. 31. — Pneumonie : M. 29, F. 30, T. 59. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 22, T. 34. — Athrepsie : M. 33, F. 26, T. 59. — Autres maladies des divers appareils : M. 168, F. 165, T. 333. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 19, F. 11, T. 30. — Causes non classées : M. 9, F. 6, T. 15.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 75 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 12. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 19 ; illégitimes, 10. Total : 29.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT (*Internes de 3e et 4e années*. Les lauréats sont les suivants : *Médaille d'or* : M. Hallé ; — *Médaille d'argent* : M. Hartmann ; — 1re mention : M. Roger ; — 2e mention : M. Marfan.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les dernières questions posées à l'épreuve orale de pathologie ont été : *Des brûlures* ; — *Des sangsues*.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le 11 décembre 1886, M. LINDET soutiendra en Sorbonne, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : *Combinaison des chlorures et des bromures acides avec les chlorures et bromures d'or*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Conférences de physiologie* : Les jours et heures des conférences de physiologie de M. le Dr Richet sont changés : à partir du 9 de ce mois, elles auront lieu les mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre Laënnec).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHAUTARD (P.), est nommé aide de chimie et de bactériologie au laboratoire de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris. — M. LHOMME (I.) est nommé aide d'anatomie pathologique au laboratoire de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. LEFOUR, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours supplémentaire d'accouchements à ladite Faculté. — M. CARLES, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de chimie à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à partir du 19 novembre 1886, à M. Machelart, préparateur de chi-

© BIU Santé

mie minérale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Quilliet (L.-I.) est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Machelart, des fonctions de préparateur de chimie minérale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. SCHMITT (Marie), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon et en remplacement de M. Perraxex, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. DUZIN (René), docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lagnaite, dont le temps d'exercice est expiré. — M. TATY (Théodore-Jean-Marie), docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lemoine, appelé à d'autres fonctions. — M. ERAUD (Jules-Joseph), docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Mathieu, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. CASTAGNÉ (H.-E.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, aide de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Cros, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. GUÉRIN, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, pendant l'année 1886-1887, des fonctions de chef des travaux chimiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Demange, dont la délégation est expirée. — M. BAGNÉRIS, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique médicale à ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — M. BRICARD, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1887, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. MORIN, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. LABATUT (P.-M.), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physiques et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. GAUTRAND (C.-T.), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. André, démissionnaire. — M. Imbert (L.), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Malègue, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. CAUBET, professeur de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est maintenu pour trois ans dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Berlin :* M. le Dr Carl FRIEDLANDER, privat-docent, est nommé prœdicat professor. — *Faculté de médecine de Bonn :* M. le Dr GEPPERT, ancien assistant à la clinique médicale à Berlin, est nommé privat docent de pharmacologie à Bonn. — *Faculté de médecine de Kœnigsberg :* On propose pour la chaire de chirurgie devenue vacante par le départ de M. le Dr Schönborn à Wursbourg : en première ligne, M. le Dr Madelung, professeur à Rostock; en deuxième ligne, M. le Dr Mikulicz (de Cracovie).

COLLÈGE DE FRANCE. — M. BROWN-SÉQUARD, professeur de médecine au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, par M. d'Arsonval. M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, par M. Franck (François).

EPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE A CLERMONT-FERRAND. — Il existe actuellement une épidémie de fièvre typhoïde dans les casernes de cette ville. On se contente de donner des congés aux soldats qui en demandent et à retarder jusqu'à nouvel ordre l'arrivée des recrues. Le lycée a été licencié jusqu'au 3 janvier.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le Pr E. BLANCHARD commencera son cours de zoologie (animaux articulés), mercredi prochain 8 décembre 1886, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des caractères zoologiques, de l'anatomie et de la physiologie des insectes, des arachnides et des crustacés. Il exposera en particulier les métamorphoses et le développement des crustacés et des arachnides et présentera certaines considérations relatives à la distribution des êtres à la surface du globe. (Entrée du cours par la terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire, 36.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 13 décembre 1886, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — Ordre du jour : I. Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à quatre places de membres titulaires. — II. Elections pour le renouvellement du bureau. — III. Discussion sur le viol dans l'hypnotisme et les états analogues, à propos de la communication de M. le Dr Gilles de la Tourette. — IV. Questions diverses.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr PESCHEUX (Auguste), médecin de l'hospice et président du syndicat médical de Verneuil (Eure), vient de mourir à l'âge de 71 ans. — M. le Dr FOURNIER (de Paris), républicain bien connu, incarcéré jadis à Satory pour avoir donné asile à plusieurs membres de la Commune, vient de mourir subitement. — M. le Dr BÉRARD (de Paris). — M. le Pr RAPP (de Tubingen).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT continue chaque mardi ses conférences cliniques à la consultation de la Salpêtrière. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL DU MIDI. — Service de M. le Dr CASTEL, mercredi et samedi à 9 heures. Consultation. Jeudi et lundi, à 9 heures 1/4. Examen et discussion des nouveaux. — Salle VI : Balanoposthites, phimosis, 1, 27, 6, 13, 17, 24, 36 ; blennorrhagie, 33 ; cystite blennorrhagique, 9 ; rhumatisme blennorrhagique, 21 ; orchites blennorrhagiques, 8, 16, 37, 38 ; cystite tuberculeuse, 29 ; chancres mous, 31, 34, 36 ; bubons, 19, 39 ; chancres indurés, 4, 5, 10, 11, 30, 35, 40 ; syphilides secondaires, 15, 18, 22, 26, 35, 40 ; syphilis maligne, 7 ; syphilomes tertiaires des organes génitaux, 2, 10, 28 ; amaurose syphilitique, 12 ; hémiplégie syphilitique, 23 ; deux chancres indurés suivis d'arthrites infectieuses, 32. — Salle VII : Balanopathite, phimosis, 8 ; paraphimosis et chancres mous, 6 ; orchite blennorrhagique, 2 ; blennorrhagie, rhumatisme chronique, néphrite interstitielle, 9 ; chancre mou, 1, 10 ; chancres indurés, 3, 5, 7 ; syphilis cérébrale, 16. — Salle VIII : Balanoposhite, 2, 4, 12, 17, 21, 23, 28, 29, 33 ; orchites blennorrhagiques, 16, 37, 39 ; rhumatisme blennorrhagique, 22 ; conjonctivite blennorrhagique, 31 ; blennorrhagie et abcès périuréthral, 1 ; chancres mous, 4, 5, 14 ; bubons, 19, 36 ; chancres indurés, 2, 3, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 29, 33, 34, 40 ; chancre induré avec bubon, 6 ; syphilides secondaires, 3, 8, 10, 18, 20, 24, 26 ; onyxis syphilitique, 30 ; syphilis tertiaire glossite, 27.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

CHARCOT (J.-M). — **Leçons sur les maladies du système nerveux**, professées à la Salpêtrière et recueillies par MM. Babinski, Marie, Bernard, Guinon, Féré et Gilles de la Tourette, tome III, 2e fascicule, 1 volume in-8° de 380 pages, avec 64 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. Pour nos abonnés. Prix . . . . . 6 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 51. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 DÉCEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ASILE SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN.

Considérations générales sur la folie. (Des héréditaires ou dégénérés) ;

Depuis quelques années, Messieurs, un véritable réveil se fait dans les esprits en ce qui touche l'aliénation mentale. Les psychiâtres de tous les pays interrogent, discutent et semblent chercher leur orientation. Partout on reconnait la nécessité de s'entendre et ce besoin de se mettre d'accord est justifié, non seulement par la diversité des nomenclatures, par la multiplicité des classifications, mais aussi par les dissidences sur la terminologie elle-même ; le même mot, le même terme a des significations différentes non seulement d'un pays à l'autre, ce que les différences de langue pourraient expliquer et excuser, mais dans le même pays. Mendel, dans son traité sur la manie, rappelle qu'au Congrès des médecins aliénistes allemands, tenu à Wiesbaden en 1873, on n'est pas parvenu à s'entendre sur la signification précise du mot manie ; le même désaccord persiste dans les ouvrages récents de Schüle et de Krafft Ebing. Chez nous, du reste, cette année, la discussion sur la folie héréditaire, au sein de la Société médico-psychologique, a failli donner le même spectacle. Toutefois, une entente commune est réclamée par le plus grand nombre. Au milieu de ces tendances louables, on voit bien encore quelques retardataires, quelques partisans des monomanies, des folies diathésiques, des folies tuberculeuses, cancéreuses, rhumatismales, etc., mais ils ont beau présenter des variations brillantes sur ces thèmes discrédités, leur voix reste sans écho. C'est, qu'en effet, Messieurs, on a compris que les théories ne doivent occuper que le second rang dans l'étude des maladies, qu'elles n'ont de valeur que tout autant qu'elles reposent sur l'observation directe du malade et que la clinique est le seul terrain de conciliation sur lequel les opinions puissent, avec succès, se donner rendez-vous.

Les débats ouverts devant la Société médico-psychologique sur la folie héréditaire, m'obligent à revenir sur quelques points qu'il s'agit de fixer d'une manière plus précise.

La question posée par M. Falret, dans les termes suivants : des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire, a été, dès le début, envisagée à deux points de vue, *clinique* et *étiologique*. Tandis que la plupart des membres de la Société se sont trouvés d'accord pour admettre l'existence d'un groupe de malades répondant aux caractères généraux que nous avons indiqués (état mental, déséquilibration ; obsessions, impulsions, phénomènes d'arrêt ou inhibitoires ; délire d'emblée) ; des attaques très vives ont été adressées au côté étiologique. M. Falret, partisan décidé des idées de Morel, admet l'origine héréditaire de cette forme de folie et la désigne sous le nom de folie héréditaire.

Vous connaissez, Messieurs, la doctrine de Morel. Le fait général pour lui est la transmission des affections mentales par aggravation progressive de la maladie chez les descendants. Ainsi des ascendants se faisant remarquer par l'exagération du tempérament nerveux, donnent le jour à des hystériques, des épileptiques, des hypochondriaques (à des sujets atteints de grandes névroses). Ceux-ci, les hystériques, les épileptiques, les hypochondriaques, procréeront des aliénés, ces derniers auront pour descendants des imbéciles, des idiots, lesquels, en dernière analyse (*natura medicatrix*), sont frappés de stérilité. Telle est la conception originale et vraie, on doit le reconnaître dans beaucoup de cas, qui a permis à Morel d'établir ses aliénations ou folies héréditaires. MM. Cotard, Christian, Bouchereau, font remarquer d'abord, ce que, du reste, nous avions indiqué nous-même, que l'hérédité domine la folie tout entière, et que l'expression *héréditaire* qui pourrait, à la rigueur être attribuée à toutes les formes de la folie, est mal choisie pour désigner l'une d'elles, lors même que l'influence héréditaire serait plus accusée dans celle-ci, ce qui, d'après eux, n'est pas démontré. D'autre part, ils ont rappelé des cas dans lesquels, en l'absence d'antécédents héréditaires, les individus ont présenté tous les attributs de la folie dite héréditaire ; voilà donc, disent-ils, des *héréditaires sans hérédité*. Vous le voyez, c'était, passez-moi l'expression, un coup droit porté à la doctrine de Morel.

Quant à nous, nous acceptons volontiers l'expression de folie des héréditaires, en ajoutant, toutefois, ou dégénérés, ce qui concilie toutes les opinions. Il faut, je crois, conserver cette expression, folie héréditaire, puisque c'est sous ce nom que des travaux importants ont déjà été publiés sur le groupe de malades dont nous nous occupons.

En second lieu, il faut bien le reconnaître, dans cette folie des héréditaires ou des dégénérés, l'hérédité est le facteur principal, et je n'entends pas parler simplement de l'apparition du dissemblable, c'est-à-dire de la forme progressive ou transformée de Morel, mais aussi de la forme similaire. On trouve, en effet, plus souvent qu'on ne paraît le croire, l'hérédité similaire, et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges, des syndromes épisodiques qui en sont les véritables *stigmates psychiques*.

J'ai eu l'occasion de vous parler, l'année dernière, d'une onomatomane atteinte aussi de délire du toucher, dont le père avait été longtemps préoccupé par la recherche du mot ; dans certaines circonstances, l'angoisse était si grande chez lui que la mère et la fille répétaient des mots ou bien lisaient un dictionnaire jusqu'à la rencontre du mot que l'on cherchait, et la famille ne pouvait se coucher qu'après la découverte de ce mot.

Je vous avais signalé également la manie du discours nocturne chez un père, transmise directement à la fille, qui, dans les moments de crise, supplie et oblige son mari de l'écouter, quelquefois de neuf heures du soir jusqu'à trois ou quatre heures du matin.

Quelques-uns d'entre vous ont vu dans le service un employé de commerce, âgé de 28 ans, atteint *d'oniomanie*, c'est-à-dire de l'impulsion à acheter. Dans son enfance, il était d'une prodigalité sans égale ; à vingt

© BIU Santé

ans, l'impulsion aux achats devint irrésistible. Il achetait sans raison, plusieurs pièces de toile, des bijoux, des meubles, épuisant ainsi son capital, mais ne s'arrêtant pas. Il engageait les objets achetés au Mont-de-Piété, les dégageait ensuite et les rengageait plusieurs fois. Au marché, après avoir fait les acquisitions nécessaires, il lui était impossible de s'arrêter; c'était des multitudes de volailles, des sacs de légumes, toute sorte de provisions; il en achetait de quoi remplir une voiture; il était toujours obligé de se faire aider pour transporter des provisions qui n'étaient destinées qu'à deux personnes. Pour les écouler, il lançait alors de nombreuses invitations. D'autres fois, il rentrait chargé de meubles. Pour peu qu'il s'arrêtât devant une boutique, il était victime de l'impulsion. « C'était irrésistible, dit-il, je ne pouvais me raisonner, je me désolais, mais j'étais le moins fort. » En dernier lieu, il avait fini par des actes de filouterie pour satisfaire son besoin irrésistible d'acheter. Le père était également déséquilibré et oniomane. Il achetait sans cesse toute espèce d'objets qu'il collectionnait, qu'il revendait aussitôt ou qu'il donnait (meubles, aliments, bijoux, etc.). Enfin la grand'mère paternelle, soignée pendant plusieurs années à l'asile de Bonneval, était oniomane. Elle achetait constamment et considérablement, au point qu'on fut obligé de régler ses dépenses. Elle achetait et jetait ce qu'elle achetait. Les ouvriers avaient remarqué l'heure où, chaque jour, elle se débarrassait de ses achats et recueillaient ses rebuts : poulets, poissons entiers, légumes, etc. S'apercevant un jour qu'on ramassait ce qu'elle jetait, elle s'en débarrassa désormais en le jetant dans les fosses d'aisances. Vous trouverez de nombreux détails sur cette observation dans l'excellente thèse de M. Legrain, sur le délire chez les dégénérés.

Un autre malade, un anomal sexuel, entré, à la suite d'un vol de chemise, à un séchoir, ne peut résister à l'attrait qu'a pour lui l'étalage d'une chemise de femme. Il doit s'emparer de ce linge coûte que coûte. Il s'en revêt et éprouve ainsi les sensations les plus voluptueuses; il couche avec une chemise de femme et s'il avait à choisir entre la chemise et la plus belle femme, sans hésitation, il préférerait la chemise. Il est marié et sa femme l'a surpris se livrant à l'onanisme dans une chemise de femme. Il a déjà été condamné deux fois pour vol de chemises de femme. La mère de ce malade, qui rappelle le fameux amoureux de tabliers blancs, ne pouvait, de son côté, voir flotter un ruban rouge sans être poussée à le saisir. Elle était très anxieuse le jour du tirage au sort, à la vue des jeunes conscrits portant à leur chapeau des rubans rouges; elle les suivait, les suppliait de les lui laisser prendre et s'en emparait dès qu'elle le pouvait.

Nous examinerons ensemble, aujourd'hui, un employé d'administration âgé de quarante ans, affecté de tics de la face, ayant longtemps offert des alternatives d'exaltation et de dépression, et présentant aujourd'hui de l'agoraphobie, du doute et la crainte du toucher. Sa mère, atteinte de paralysie agitante, offre également le délire du toucher avec la crainte du contact du cuivre, des monnaies, du chien; sous l'influence de ces préoccupations, elle se livre à des lavages réitérés.

Vous verrez dans le service une fille de dix ans sujette aux rires involontaires, poussée à l'onanisme malgré les efforts réels de sa part pour résister; elle présente des tendances au suicide. Sa mère a des rires et des pleurs involontaires; elle est obsédée par la crainte du feu; elle est poussée irrésistiblement à écrire sans pouvoir se retenir, des heures entières, des discours sans suite; elle a fait sans motif deux tentatives de suicide. Morel, que ces transmissions similaires ont peu frappé, en relate cependant quelques exemples. Je rappellerai un de ces cas. Il s'agit d'une malade ayant la crainte du toucher et en particulier la crainte des animaux. « Entendre, même de loin, les aboiements d'un chien, suffit pour la mettre hors d'elle; mais la vue d'un chien ou d'un chat lui donne à l'instant des attaques de nerfs. « Elle ne caresserait pas un de ces animaux pour un empire. » Et plus loin, Morel ajoute : « Elle m'apprit que son père, qui était mort depuis dix ans, dans un état d'enfance, avait *l'humeur noire*, qu'il tombait, par intervalles, dans une espèce de torpeur, qui durait plusieurs mois, et qu'alors il suivait sa femme comme un grand enfant, s'attachant à quelques parties de ses vêtements, absolument comme elle faisait vis-à-vis de son mari; qu'il avait, en outre, ainsi qu'elle, une peur excessive du chien et du chat. » Voilà donc un syndrome : la crainte du chien et du chat, nettement dessinée chez le père et la fille. Peut-on contester ces transmissions héréditaires avec, si j'osais dire, des marques de fabriques aussi caractéristiques. La démonstration est péremptoire.

Dans son argumentation, M. Cotard a particulièrement insisté sur l'influence des maladies développées dans l'enfance, j'ai déjà eu l'occasion de vous parler de l'influence active chez quelques sujets, des affections fébriles, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives; parfois ces affections modifient complètement l'état mental des jeunes malades, et on le comprend aisément si l'on s'en rapporte aux travaux de Fritz (symptômes spinaux dans la fièvre typhoïde, 1863), de MM. Roger et Damaschino (Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance, 1874), de Westphal et de Vulpian sur les lésions médullaires dans la variole et de M. Landouzy (des paralysies dans les maladies aiguës, 1886), qui note les tendances des akinésies à prendre, chez les enfants, la forme hémiplégique ou cérébrale. M. Cotard suppose que c'est surtout au début précoce des accidents qu'est due la production de la dégénérescence, l'hérédité étant réduite à son rôle étiologique général, et, pour mieux faire comprendre sa pensée, il rappelle que l'adulte devenant sourd, n'offre pas d'autres phénomènes que sa monopathie sensorielle, tandis que si la surdité frappe un jeune enfant, celui-ci devient sourd-muet; la même cause, la surdité, a présenté, suivant l'âge, des conséquences bien différentes. M. Cotard vise particulièrement les stigmates physiques, mais son raisonnement ne saurait s'appliquer aux stigmates psychiques, car, dès la première enfance, avant que toute éducation ait pu modifier ces jeunes sujets, ils se présentent avec des obsessions, des impulsions, des perversions sexuelles, un trouble fonctionnel, en un mot, que rien en dehors de l'influence héréditaire ne peut expliquer. Chez l'un de ces sujets, en effet, vous le savez, nous avons vu, dès quatre ou cinq ans, le souvenir de la tête ridée de la vieille femme ou de son bonnet de nuit, provoquer l'érection; une autre fois, c'est une impulsion irrésistible à l'incendie, au vol, c'est la crainte du toucher, etc.

Il faut donc admettre autre chose qu'une évolution spéciale d'une lésion organique survenue dans le bas âge, et l'on est forcé de remonter à une disposition particulière ayant des racines jusqu'aux ascendants.

M. Christian, de son côté, est entré dans des considérations fort intéressantes sur l'influence des conditions

© BIU Santé

biopathologiques des parents, au moment de la conception.

Enfin M. Bouchereau a insisté pour la production des dégénérescences, sur l'action puissante des maladies développées pendant la vie fœtale. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

HÔPITAL DU MIDI. — SERVICE DE M. HUMBERT.

Contribution à l'étude du diagnostic des chancres vénériens.

Par Paul THIÉRY, aide d'anatomie de la Faculté, interne des hôpitaux.

Pendant les huit premiers mois de notre année d'internat, à l'hôpital du Midi, dans le service de chirurgie de notre bienveillant et excellent maître, le Dr Humbert, il nous a été donné d'observer un nombre remarquable de chancres vénériens, soit à la consultation externe, si riche en malades et si féconde en enseignements, soit chez les malades reçus dans les salles.

Deux faits nous ont vivement frappé : en premier lieu, la fréquence des cas où le diagnostic reste quelques jours incertain, et, d'autre part, l'inconstance même des caractères différentiels attribués au chancre simple et au chancre infectant dans les traités classiques.

Nous avons eu la curiosité de faire la statistique exacte d'un certain nombre de consultations et l'éloquence des chiffres que nous publions ci-après nous sauvera certainement de l'accusation d'inexpérience. Les consultations externes du service ont lieu le lundi et le jeudi : le lundi, jour bien connu au Midi, jour de rendez-vous de tous les malades de la semaine, moyenne : 100 malades. Le jeudi, les chiffres, un peu plus faibles, tombent rarement au-dessous de 80. C'est donc, du 1er février au 1er octobre, un total de 5,760 malades qui a défilé sous nos yeux.

Voyons maintenant pour quelles proportions entrent les chancres dans ce contingent vraiment fabuleux des victimes de Vénus. Nous établissons la proportion moyenne d'après le relevé de 10 consultations :

	Consultants.	Chancres indurés.	Chancres simples.	Chancres indécis.
1er juillet . . .	70	3	4	2
5 —	107	12	11	3
8 —	95	5	5	1
12 —	95	11	2	4
15 —	86	16	5	3
23 septembre .	70	7	5	1
27 —	125	2	7	2
30 —	76	5	6	1
4 octobre. . .	98	8	5	3
7 —	89	3	7	0
Total.	911	72	57	17

Soit donc une moyenne de 15 chancres par consultation, moyenne qui serait considérablement accrue, si l'on veut bien tenir compte que quelques-unes de ces consultations ont été remarquables par la pénurie de malades affectés de chancres.

Si nous cherchons à établir, d'après cette donnée, le nombre de chancres que nous avons pu observer depuis le 1er février 1886, nous arrivons aux résultats suivants : 64 consultations, avec une moyenne de 15 chancres = 960 chancres (desquels il faut retrancher naturellement les malades qui se présentent à plusieurs consultations consécutives, soit un tiers au maximum). C'est donc sur ce nombre considérable qu'a porté notre observation. Reprenons les chiffres que nous indiquions plus haut et nous arrivons à ce résultat inattendu que, sur un total de 146 chancres, il s'en est trouvé :

72 qui étaient indurés ;
57 — simples ;
17 — syphilitiques.

Ce dernier chiffre est vraiment considérable, puisque la proportion réduite à des chiffres simples est 1/8 environ.

Avant d'aller plus loin, il faut bien s'entendre sur le terme « indécis » ; il arrive rarement que le chancre reste longtemps indécis ; nous n'appellerons donc ainsi que le chancre sur lequel nous n'avons pu nous prononcer dès le premier examen ; point fort important, car on conçoit tout l'intérêt qu'a le malade à être fixé immédiatement sur la spécificité du chancre dont il est affecté.

Quelle est donc la cause du doute si fréquent, si difficile à lever que des observateurs aussi expérimentés que notre maître ou que les autres syphiligraphes éminents de l'hôpital du Midi soient obligés de différer le diagnostic ou de recourir à une méthode qui répugne au malade, à l'inoculation. C'est que de tous les signes qui ont été donnés comme caractéristiques de l'un ou de l'autre chancre, aucun n'est, à vraiment parler, pathognomonique : ils n'ont une valeur réelle que par leur coexistence et c'est ce que nous allons essayer de démontrer en les examinant un à un.

Ces signes (nous supposons le cas où le chancre est accessible à la vue) peuvent être divisés (sauf rectification) en *incertains* : fréquence, siège, nombre.

Probables : précocité du développement de l'accident, aspect du chancre, forme, sécrétion purulente, caractères de l'adénopathie.

Certains : Vérole antérieure, induration, inoculation.

1° *Fréquence.* — On conçoit aisément qu'il n'y ait là aucun élément de diagnostic : les auteurs les plus autorisés eux-mêmes ne sont pas d'accord sur cette fréquence, tandis que M. Fournier indique 215 chancres simples sur 341 cas observés, que M. Puche donne des conclusions analogues ; Cullerier, de son côté, indique 250 chancres indurés, 21 douteux et 143 mous sur 414 cas observés à l'hôpital du Midi. Les chiffres que nous donnons plus haut concordent avec ce dernier résultat[1].

2° *Siège.* — Le siège lui-même, s'il peut mettre sur la voie du diagnostic, n'a pas de valeur bien nette que dans des cas spéciaux ; le chancre céphalique est toujours syphilitique (nous ne parlons pas des inoculations expérimentales des chancres mous telles que les ont pratiquées Bassereau, Rollet, etc.). Aux organes génitaux, le chancre du frein est souvent un chancre mou, celui du méat ou de la portion voisine du canal, un chancre induré. Cullerier désigne le chancre simple du fourreau comme rare, et cependant nous en avons observé bien des cas (2). Bien d'autres considérations ont été émises à propos du siège, mais l'incertitude absolue de ces signes est évidente.

3° Il en est de même de la multiplicité. Le contage syphilitique peut donner lieu à plusieurs inoculations

(1) Dans cette approximation, il faut bien tenir compte de l'époque à laquelle a été faite l'évaluation. En effet, « le chiffre des chancrelles, dit Diday, qui était à celui des chancres dans la proportion de 3/1, est descendu jusqu'à lui être d'abord égal et, même dans ces dernières années, très inférieur (les cas de syphilis restant d'ailleurs aussi nombreux). » Diday. *Pratique des maladies vénériennes*, page 201, (suit une explication intéressante).

(2) Cullerier, *Précis iconographique des maladies vénériennes* (1866).

© BIU Santé

avant l'infection générale, comme l'a bien fait remarquer M. Fournier (page 121). Voici les chiffres qu'il fournit :

Malades examinés, 456 ; malades porteurs d'un chancre induré unique, 241 ; malades porteurs de chancres syphilitiques multiples, 115. Et il cite le cas, exceptionnel il est vrai, d'un malade atteint de 19 chancres syphilitiques.

Nous avons pris au hasard 15 malades dans les salles : 9 présentaient un chancre unique, 3 deux chancres syphilitiques, 2 en présentaient trois et enfin l'un d'eux était porteur de sept chancres syphilitiques bien caractérisés, disséminés sur le fourreau et la région pubienne. Examinons maintenant les signes probables ; ils sont tous objectifs, sauf le premier.

1° *Temps écoulé entre le début de l'accident et le coït suspect.* — Excellent signe, le chancre infectant n'apparaissant guère avant le quinzième jour et ordinairement du vingt-cinquième ou trentième jour, parfois beaucoup plus tard ; le chancre simple, au contraire, apparaisssant du deuxième au sixième jour, et bien rarement (on pourrait dire jamais) passé le dixième.

Mais si l'on songe aux difficultés d'un renseignement précis, on sera bien forcé (au moins dans la pratique hospitalière) de n'attribuer à cet argument qu'une maigre valeur. Au Midi, les deux tiers des malades ne peuvent donner des indications précises, comme le prouvent les recherches que nous avons faites à cet égard, consignées dans les tableaux qui ont servi de point de départ à cette étude ; de plus, il faut tenir compte des cas où il y a eu coït journalier, où l'avant-dernier coït était déjà suspect, et l'on conçoit sans peine l'incertitude des réponses du malade. En résumé, signe rationnel excellent, mais faisant souvent défaut.

2° *Aspect du chancre.* — Le chancre syphilitique ne suppure pas ; le chancre mou donne lieu à un écoulement abondant ; le chancre infectant offre une couleur rouge sombre, une apparence vernissée toute spéciale (1) : deux signes inconstants, car le chancre syphilitique sous-préputial peut provoquer de la balano-posthite et un écoulement abondant, lors même qu'il n'y a pas phimosis accidentel ; le chancre simple, débarrassé du pus qu'il sécrète, pressé entre les doigts, laisse sourdre un exsudat lymphoïde et quelquefois sanguinolent, qui, pour être moins abondant que dans le chancre syphilitique, n'en est pas moins trompeur : le chancre syphilitique dit pultacé peut donner lieu à l'erreur inverse.

3° *Aspect des bords et forme du chancre.* — La symétrie est l'apanage du chancre infectant : bords réguliers, forme souvent circulaire, moitiés exactement superposables lorsqu'il siège dans le sillon balano-préputial (chancre en volet), quelquefois surelevé ; dans d'autres cas, cupuliforme, c'est-à-dire légèrement excavé, mais en quelque sorte en pente douce. Jamais de bords décollés, anfractueux, taillés à pic, avec un liséré rouge, sur lequel insiste particulièrement M. Humbert, ces derniers signes caractérisant le chancre simple.

Voilà certes des signes bien tranchés : le décollement des bords, l'aspect vermoulu du fond de l'ulcération, le liséré rouge sont des éléments précieux de diagnostic ; mais que de fois ces caractères sont douteux ! Que de chancres offrent des caractères hybrides où ces divers signes, plus ou moins associés, viennent troubler le diagnostic. Avant de passer à l'examen des signes que l'on peut appeler certains, étudions les caractères tirés du palper des ganglions inguinaux. Ici la règle paraît formelle.

5° *Adénopathie ordinairement bilatérale*, multiganglionnaire, non inflammatoire, non douloureuse : ganglions indurés. Pas de tendance à la suppuration : infection syphilitique. Adénopathie nulle ou adénopathie monoganglionnaire, ordinairement superficielle, avec tendance à la suppuration, ou tout au moins phénomènes inflammatoires et douloureux : chancre simple.

Mais plusieurs circontances peuvent se présenter où le diagnostic est encore difficile : Le sujet a normalement les ganglions inguinaux volumineux ou la polysarcie met un obstacle à la palpation de ces ganglions. Ici les caractères de l'adénopathie perdent beaucoup de leur valeur. La suppuration ganglionnaire peut ne se produire que fort tard alors que le chancre a disparu.

Enfin, il ne faut pas oublier, et nous en avons vu des exemples assez fréquents, que l'adénite syphilitique peut elle-même arriver à suppuration, le chancre syphilitique servant alors de porte d'entrée aux agents septiques et se comportant à la manière d'une plaie simple. On peut dire d'une façon générale que le bubon syphilitique suppure par une irritation étrangère à l'infection syphilitique dans la proportion de 1 à 2 0/0, d'après nos observations.

Ces caractères de l'adénopathie forment transition entre les signes probables et les signes certains, et pourraient presque être classés dans cette catégorie, n'était la fréquence des cas où ils sont masqués par des lésions ganglionnaires concomitantes, strumeuses, par exemple.

Parmi les signes certains, il en est un qui, aujourd'hui, est mis hors de doute : le chancre syphilitique ne récidive pas, au moins pendant les quelques années qui suivent la première infection. Donc, tout chancre se développant sur un ancien syphilitique sera un chancre simple ; mais chacun sait combien il est parfois difficile d'établir, par un examen rétrospectif des antécédents du malade, l'existence d'une vérole antérieure. Il faudrait encore faire ici quelques restrictions au sujet de la question si discutée et si peu connue du chancroïde ou chancre syphilitique récidivé.

L'induration pourrait, à bon droit, nous arrêter longtemps : dans le chancre mou, ou bien elle n'existe pas, oú bien elle se présente sous forme de base inflammatoire indurée, analogue à celle que l'on observe au-dessous du furoncle, par exemple. C'est un nodus d'inflammation, mais, en aucun cas, ce n'est cette induration cartilagineuse, papyracée, si nettement limitée que l'on peut isoler le chancre des parties sous-jacentes, comme pour l'exciser, et qui est vraiment caractéristique, du chancre syphilitique. Mais ici encore nous trouvons deux causes d'erreur, en admettant même que l'observateur fût accoutumé bien à différencier l'un de l'autre, les deux modes d'induration dont nous venons de parler.

Certains chancres plats du fourreau, bien que syphilitiques, ne possèdent pas d'induration. Elle était absolument inappréciable dans quatre cas, que nous avons pu observer, alors que la roséole témoignait déjà de l'infection.

(1) Voyez Ricord et Fournier. *Leçons sur le chancre*, (1860) page 50 et suivantes et pour tout ce qui suit voir la leçon de M. Mauriac sur le chancre mou : on y trouvera esquissés de main de maître tous ces caractères.

© BIU Santé

Les petits chancres mous du sillon peuvent, à une certaine période de leur évolution, s'entourer d'une sorte de bourrelet induré, qui peut donner le change : nous avons souvent remarqué ce fait, qui nous a induit en erreur fréquemment, et, il y a peu de temps encore, à propos d'un étudiant en médecine, présentant deux petits chancres vermoulus, mais indurés, siégeant au niveau du sillon balano-préputial.

Il nous resterait encore un grand nombre de caractères accessoires et presque fortuits à envisager, la date d'apparition de l'adénopathie, les lésions ganglionnaires cervicales, mais nous préférons nous en tenir au diagnostic du chancre tout à fait au début, alors qu'il constitue presque à lui seul la syphilis existante.

L'inoculation est, sans contredit, la preuve par excellence de la nature du chancre, qu'elle ait lieu fortuitement, comme cela arrive pour les chancres simples, d'auto-inoculation sur le limbe du prépuce ou à la face interne des cuisses, ou bien qu'elle soit pratiquée par le médecin dans un but de diagnostic.

Des faits nombreux ont réfuté la théorie de la saturation de l'économie par le chancre simple, et je n'en veux pour preuve que l'exemple donné par M. Fournier, je crois, dans son livre, de ce médecin qui s'inocula deux mille et quelques centaines de chancres simples, sans arriver à la saturation désirée.

Mais on peut faire une objection à cette preuve de l'inoculation; nous avons vu des chancres simples avérés ne pas se reproduire par l'inoculation. Il y a eu là, dira-t-on, une maladresse opératoire ; mais les précautions ayant été prises pour assurer le succès, le résultat a été négatif ; le virus a été éliminé et les tissus n'ont pas subi la contagion. Une inoculation, même bien faite, peut ne pas réussir, de même que le coït avec une femme syphilitique n'engendre pas nécessairement la vérole, même s'il y a une solution de continuité.

Conséquence, le résultat négatif de l'inoculation a une valeur beaucoup moindre que le résultat positif ; le cas n'est pas absolument rare où tel chancre, inoculé en deux points différents de la région sous-ombilicale, nous a donné deux résultats discordants. Or, si l'on réfléchit que le malade est le plus souvent anxieux et désireux d'être fixé immédiatement sur son état, que l'inoculation, même lorsqu'elle doit être positive, ne donne un résultat simplement appréciable qu'au bout de quarante-huit heures et plus même, qu'enfin cette opération de petite chirurgie, outre l'appréhension qu'elle engendre toujours chez le malade, lui inspire une répugnance marquée, tant à cause de la lésion que l'on va provoquer que de la cicatrice apparente qui peut en résulter et qu'il pourra plus tard reprocher au médecin, on sera amené à conclure que ce signe, qui, malgré tout, doit être regardé comme très probant et comme une précieuse ressource dans un certain nombre de cas, n'est pas souvent applicable, principalement dans la clientèle de ville et que le refus catégorique du malade prive bien souvent le médecin d'un des moyens d'investigation les plus précieux.

Après cet examen rapide et un peu superficiel des caractères des chancres vénériens, il nous est permis d'énoncer, comme nous le faisions plus haut, la proposition suivante : « Le chancre n'a pas de caractère véritablement pathognomonique (sauf l'inoculation) et le diagnostic repose sur l'ensemble d'un certain nombre de signes qui n'ont une valeur absolue que par leur coexistence. »

C'est cet ensemble de caractères que le médecin syphiligraphe doit s'apprendre à embrasser d'un coup d'œil ; c'est cet exercice qui lui permet d'apprécier, comme on le fait si souvent au Midi, la nature du chancre à distance et à la seule inspection du malade ; les anamnestiques, le palper, ne sont plus alors employés que pour confirmer cette opinion, qui se forme, pour ainsi dire spontanément dans l'esprit, sans qu'il ait associé les raisons objectives qui parlent pour ou contre le diagnostic porté.

Mais la statistique que nous avons produite au début de cette étude montre que, à cause même de l'inconstance des caractères du chancre, un certain nombre de cas échappent encore à un diagnostic précis et extemporané avec les moyens d'investigation dont nous disposons.

Il ne nous resterait plus qu'à donner un moyen certain, infaillible, pour faire le diagnostic ; mais l'infaillibilité n'est pas de ce monde, et à défaut de ce moyen, si ardemment souhaité par tous les syphiligraphes, nous allons étudier un procédé qui offre une sécurité relativement considérable, sans présenter tous les inconvénients inhérents à l'inoculation et qui peut être accepté facilement des malades les plus timides et les plus récalcitrants.

Dans le courant de cette année, deux auteurs, M. Balzer, de Paris, et M. Leloir, de Lille, ont publié des recherches faites dans le but de remédier à l'incertitude où se trouvait parfois le médecin.

Leur méthode, fondée sur ce point d'observation que le chancre syphilitique purement érosif s'étend en surface sans détruire les tissus, tandis que la chancrelle, corrosive, si l'on peut dire, s'étend en profondeur, en détruisant le réseau élastique du derme, s'appuie précisément sur la recherche de ces fibres élastiques dans les produits de sécrétion du chancre.

Nous réservons pour la fin de cette étude la technique de ce procédé, et nous ne nous occuperons d'abord que des résultats qu'il a donnés :

« Lorsque les signes des chancres sont obscurs et l'inoculation impossible, dit en substance M. Balzer (Société de biologie, séance du 20 mars 1886), on étudie les produits de sécrétion des diverses ulcérations entre lesquelles on hésite pour établir son diagnostic. Si on trouve seulement du pus, c'est de l'herpès ; s'il y a du pus et des cellules épithéliales, on a affaire à un chancre syphilitique ; s'il y a des fibres élastiques en plus, la lésion est un chancre mou. Ce procédé d'observation m'a réussi dans les quatorze cas où je l'ai mis en usage. »

Notons dès maintenant et, après avoir lu ce passage, que M. Balzer ne propose son procédé que comme un SUCCÉDANÉ de l'inoculation.

Après cette lecture, il nous eût été difficile de nous abstenir d'en faire l'essai : l'autorité des noms qui accompagnaient ces recherches nous engageait beaucoup plus à nous en servir comme d'une ressource précieuse qu'à en exercer le contrôle, et nous sommes heureux d'apporter aujourd'hui notre bien humble contribution à la statistique des résultats de cette méthode.

(*A suivre*).

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr JOYAUX, conseiller d'arrondissement, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Mirecourt, en remplacement de M. Gaspard, démissionnaire.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Révision de la loi sur les aliénés.

La discussion des articles s'est ouverte par un long discours de M. Th. Roussel, ayant pour but principal de justifier le second paragraphe de l'article 1er qui, pour l'avenir, exclurait des asiles les aliénés réputés incurables, les idiots, les crétins, les épileptiques, et obligerait l'Etat à construire pour les trois dernières catégories un ou plusieurs asiles spéciaux. De ce qui a trait à cette obligation nouvelle nous ne dirons rien en ce moment : le *Progrès médical* en fera plus tard l'objet d'une étude particulière.

Nous ferons seulement observer, ce que personne n'a dit au Sénat, que la rédaction de ce paragraphe (1) est défectueuse en plusieurs points. D'abord, elle s'applique également aux établissements publics et aux établissements privés, ce qui ne paraît pas être dans l'intention de ses auteurs. Et si telle est, au contraire, leur pensée, nous en cherchons vainement la justification dans le rapport et dans la discussion, et nous ne voyons pas pour quel motif on interdirait à un asile privé de recevoir un aliéné supposé incurable. En second lieu, cette disposition ou bien restera platonique (nous ne parlons que des aliénés réputés incurables), ou bien elle entraînera des dépenses difficiles à évaluer. Enfin, elle néglige de définir l'aliéné incurable. Nous ne lui reprochons pas, bien entendu, de n'avoir point déterminé les signes de l'incurabilité. C'est là un problème médical, sans solution générale, et souvent d'une extrême difficulté en chaque cas particulier. Ce n'est pas matière à législation. Nous disons seulement que cette expression « aliénés incurables » ne rend pas la pensée de la Commission, qu'elle la dépasse et, par conséquent, la fausse.

La Commission a vu, sans doute, groupés ensemble dans la même division des asiles, des malades : maniaques chroniques devenus inoffensifs, anciens mélancoliques, vieux lypémaniaques, paralytiques généraux à une certaine période, déments séniles et autres, qui tous ont pour trait commun l'affaiblissement intellectuel et des allures tranquilles, presque inertes. Ce sont ceux-là qui, il est convenu de le dire, encombrent les asiles, si tant est qu'on puisse appeler encombrement l'occupation d'un établissement quelconque par ceux auxquels il est destiné. Ce sont ceux-là seulement que la Commission semble désigner. Avec plus d'expérience, elle aurait su qu'à côté de ces malades, dans les autres divisions, il en est dont les facultés intellectuelles sont fort actives, très nettes et très puissantes, et qui, cependant, malgré leur lucidité ou même en raison de leur lucidité, n'en sont pas moins pour le médecin « des aliénés réputés incurables » à aussi juste titre que les autres. Le nombre en est grand. Les exclura-t-on des asiles ? Evidemment non. Il faut donc remplacer l'expression « aliénés réputés incurables » par une autre plus précise.

L'article 4 donnant la direction des asiles publics, sous l'autorité du ministre de l'intérieur et des préfets à un médecin responsable et leur assimilant les quartiers spéciaux annexés aux hospices ou hôpitaux est voté, avec réserve du paragraphe qui implique la création d'un conseil supérieur des aliénés. — L'article 5 assimile aux asiles publics les asiles privés qui en font la fonction. Il décide que les directeurs de ces asiles pourront, dans certains cas, être suspendus pour six mois et remplacés pour six mois par un régisseur spécial. Il résulte des explications provoquées par M. Lacombe et M. Paris, que cette suspension ne sera jamais que la préface d'une révocation définitive et que, pour les asiles purement privés, il n'y aura qu'un mode d'intervention de la part du gouvernement : le retrait d'autorisation.

L'article 6 réglant le mode de nomination des divers fonctionnaires des asiles publics est voté avec réserve du paragraphe 3 concernant les médecins en chef et supposant l'existence d'une commission permanente.

Pour l'article 7, le premier paragraphe exigeant l'autorisation et un cautionnement pour créer ou diriger un asile privé est voté sans discussion. Il est regrettable que, tout en indiquant la gravité de la question de savoir s'il est bon de conserver le régime de l'autorisation préalable pour les asiles privés, M. Lacombe n'ait pas voulu traiter à fond cette question. Quand le fera-t-il ? Pour nous, ce régime est contraire à la liberté de l'industrie et nous croyons que le droit commun suffirait parfaitement à punir les négligences ou les mauvais traitements dont seraient victimes les pensionnaires des asiles privés. Il n'en est pas de même pour les paragraphes suivants qui assimilent à l'asile privé toute maison où est traité un aliéné, même seul, par d'autres que ses proches parents ou son tuteur. Après observations de MM. Lacombe, Roger-Marvaise, Delsol, Paris, du rapporteur et du ministre de l'intérieur, la discussion est remise pour donner le temps à la Commission d'étudier divers amendements. — A la séance suivante, après avoir repris le paragraphe de l'article 1er relatif aux asiles spéciaux aux idiots, crétins et jeunes épileptiques que la Commission retire, on revient à l'article 7. Les dispositions discutées ont été inspirées par l'excellente intention de protéger les aliénés qui ne sont pas placés dans les asiles reconnus. Il est certain, en effet, que souvent des aliénés sont placés, sans aucune déclaration, dans des maisons particulières, ordinairement pour les femmes dans des couvents ; d'autres fois, un aliéné riche est installé, avec des domestiques, un ami ou même un médecin, dans une maison particulière. Ces faits fréquents constituent des séquestrations très justifiables en elles-mêmes qui laissent l'aliéné sans protection suffisante, puisqu'il n'y a aucune surveillance de l'autorité. Le principe des nouvelles dispositions est bon et l'assimilation se comprendrait, puisque, en réalité, le domicile du malade, couvent ou hôtel particulier, est transformé en un petit asile. La difficulté est de concilier la mesure proposée avec le respect des droits de la famille. Cette difficulté eût été amoindrie et la discussion y eût gagné en clarté si l'on n'avait pas presque toujours parlé en même temps de l'article 7 et de l'article 8, distincts quoique connexes. M. Morellet l'a très bien vu à la fin de la discussion et

(1) « Les aliénés réputés incurables, etc., peuvent être admis dans ces établissements tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des maisons de refuge, des colonies ou autres établissements appropriés. »

© BIU Santé

a nettement distingué l'hypothèse où l'aliéné est soigné par certains parents à un degré rapproché, et celle où il est soigné par un étranger ou par certains parents à un degré éloigné, la détermination des degrés de parenté restant affaire à part. Moins tardive, l'intervention de M. Morellet eût peut-être élucidé le texte du projet qui est assez ambigu, quoi qu'en ait dit M. Delsol, approuvé par le Sénat ; à coup sûr, elle eût prévenu la confusion du débat, qui complique notre tâche.

M. Roger Marvaise accepte le principe, mais trouve qu'on va trop loin, qu'on porte atteinte grave aux droits de la famille en intervenant dès lors qu'un malade est traité par un autre qu'un proche parent, sans qu'aucun fait antérieur, comme ceux prévus par l'article 29, se soit produit pour légitimer l'intervention de l'autorité. Il voudrait limiter cette intervention au cas où « l'aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé. » Cette restriction a le malheur d'être bien vague. Faudra-t-il que l'aliéné ne sorte jamais de son domicile pour être considéré comme enfermé ? S'il fait parfois des promenades au dehors, accompagné de gardiens, comme le font souvent des aliénés même internés dans les asiles, cela suffira-t-il pour enlever à l'autorité toute action ? Et combien de fois par an devrait-il sortir pour qu'on ne considère pas qu'il y a « nécessité de le tenir enfermé. » — M. de Marcère demande qu'on justifie l'intervention de l'autorité par la production des faits. — M. Th. Roussel, rapporteur, répond que les faits sont indiscutables, puis établit ce qui n'est pas en question, à savoir, qu'il n'y a pas de traitement possible dans la famille, où le séjour de l'aliéné est toujours fâcheux pour lui et pour les siens, dont il finit par dénaturer les sentiments. — M. Cazelles, commissaire du gouvernement, brouille si bien ensemble l'article 7 et l'article 8, que M. de Carné lui en fait l'observation. D'argument topique pour l'article 7, il n'en fournit point. Il semble même abandonner la surveillance proposée pour les malades riches qui seraient placés en dehors des asiles, dans les conditions signalées plus haut. C'est pourtant pour ceux-là surtout que la nouvelle disposition a sa raison d'être. Il n'est guère d'aliéné pauvre qui soit soigné seul, hors de chez lui, par un étranger ou un parent éloigné. — M. Lacombe distingue d'abord le cas où l'aliéné est tranquille, facile à soigner, sans coërcition, où, par conséquent, il n'y a pas de séquestration, oubliant seulement, comme M. Roger Marvaise, de définir la coërcition et la séquestration. Dans ce premier cas, il établit deux hypothèses. Ou bien l'aliéné non séquestré est traité par des proches parents (de degré à déterminer) dans un domicile commun ; alors la loi n'exige rien, la situation reste dans le projet ce qu'elle est aujourd'hui. Ou bien l'aliéné tranquille non séquestré est soigné dans d'autres conditions, c'est-à-dire hors de son domicile habituel. Si les proches parents ont le même domicile que le malade ou président personnellement aux soins qui lui sont donnés, M. Lacombe n'admet pas l'assimilation projetée. Elle serait, en effet, sans raison, si le malade et ceux qui le soignent ont le même domicile, car, en vérité, il importe peu que l'un avec les autres demeurent dans un endroit ou dans un autre. Aussi le projet ne dit rien de pareil. Quant à la seconde hypothèse, c'est tout différent. Si, sans demeurer toujours avec le malade, les proches parents exercent une surveillance régulière et assidue, la question devient douteuse. Mais qu'est-ce alors qu'une « surveillance assidue? » Nous serions aussi embarrassés de le dire que M. Lacombe de déterminer exactement le sens de sa locution « président personnellement aux soins. » Pour exercer une surveillance assidue, pour présider personnellement aux soins, le proche parent devra-t-il venir au domicile nouveau de l'aliéné dix fois par jour ou tous les quinze jours ? De la réponse à cette question dépend la solution du problème. Habile qui la fera. — Du cas où l'aliéné tranquille non séquestré est confié à un parent éloigné ou à un étranger, M. Lacombe ne dit rien, car il rentre pour lui dans celui de la surveillance assidue. — La dernière hypothèse de M. Lacombe, concernant l'aliéné séquestré, ressort à l'article 8. — M. le ministre de l'intérieur repousse absolument le système de M. Roger-Marvaise ; il pense que, lorsque l'aliéné reste aux soins de son père ou de ses enfants, de son conjoint, ou de ses frères et sœurs, les liens de la famille sont assez puissants pour offrir des garanties sérieuses et durables (c'est la condamnation de l'article 8) ; mais il pense aussi que c'est le devoir de l'État de protéger et de défendre tous ceux qui sont incapables de se protéger eux-mêmes (condamnation de la taxe) et que ce devoir s'impose impérieusement quand l'aliéné est abandonné à des collatéraux. A M. Lacombe, le ministre répond avec raison que la surveillance sera plus nécessaire dans une maison particulière fermée au public où l'aliéné est soigné par un étranger que dans un asile privé ouvert à plusieurs malades, où existe un nombreux personnel, où le public peut pénétrer dans une certaine mesure.

M. Roger Marvaise proteste qu'il accepte la surveillance de l'État instituée par l'article 7, mais seulement avec la condition inspirée par l'article 8, lorsqu'il y aura nécessité de tenir l'aliéné enfermé pendant plus de trois mois. Il reproche à l'article 7 de ne pas dire à quel moment la surveillance de l'État devra intervenir, ou à quel moment on pourra constater que c'est en effet le traitement d'un aliéné que le malade subit. En d'autres termes, il ne voit pas à quels signes on reconnaîtra qu'une personne traitée seule, hors de son domicile, par un étranger ou un parent éloigné, est atteinte d'aliénation mentale. Le signe pour lui serait la « nécessité de tenir le malade enfermé. » Et si, par hasard, le malade ainsi traité se trouvait séquestré plus de trois mois par le fait de l'obligation de garder le lit pour une maladie chronique quelconque ? *Nugæ difficiles !*

M. de Gavardie trouve le projet dérogatoire aux principes de notre législation, contraire aux prétendus précédents des lois étrangères, attentatoire à ce qu'il y a de plus sacré. On dit qu'il y a eu des abus ! Où sont-ils ? Dans les statistiques criminelles depuis dix ans, M. de Gavardie n'a trouvé que quinze faits de séquestration suivis de condamnation, et rien ne dit que les séquestrés furent des aliénés. Il en conclut que la loi a tort de pénétrer dans le sanctuaire de la famille.

M. Delsol repousse l'amendement de M. Lacombe au nom de la Commission. Celle-ci estime que, pour prési-

© BIU Santé

der personnellement aux soins donnés à l'aliéné, il faut avoir son domicile dans la même maison que lui. Ainsi se trouve supprimée la question de la surveillance assidue, par l'obligation de cohabiter avec le malade.

Quant à la détermination des degrés de parenté qui ne permet pas l'application de l'article 7, elle ne donne lieu à aucune discussion. L'assimilation n'aura pas lieu quand le malade sera aux mains d'un de ses ascendants ou descendants, de son conjoint, de son frère ou de sa sœur, ou de son tuteur, autorisé par la famille à se charger du traitement. La Commission avait admis le tuteur sans condition ; elle a exigé l'autorisation de la famille sur amendement de M. Lacombe. — Une nouvelle rédaction du § 2 qui exige la déclaration au procureur de la République dans le délai d'un mois, à partir de la mise en traitement dans les conditions prévues par l'article 7 n'a plus l'ambiguité dont nous avons parlé. Cette ambiguité était telle que M. Roger Marvaise avait compris et dû comprendre que la déclaration était imposée à la famille proprement dite, aux proches parents énumérés par le premier paragraphe, tandis qu'elle n'est exigée que dans la situation inverse.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 décembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. A. Robin continue l'exposé de la méthode qu'il emploie dans le traitement des pyrexies. Il s'est efforcé d'exciter les échanges respiratoires en donnant du chlorate de potasse, des bromates ou des iodates. Malheureusement tous ces médicaments sont trop toxiques. Les inhalations d'oxygène favorisent les oxydations. Enfin les bains froids n'agissent pas comme antithermiques mais bien dans le même sens. Les malades devront également absorber par jour de 4 à 6 litres de liquide.

M. R. Dubois rappelle que beaucoup d'auteurs ont soutenu cette idée, avec preuves expérimentales à l'appui, que les inhalations d'oxygène, loin de favoriser les combustions, les ralentissaient au contraire.

M. Roth (de Moscou) étudie depuis plusieurs années l'anatomie pathologique des amyotrophies myopathiques.

Outre les lésions trouvées par un grand nombre d'auteurs, il croit avoir remarqué certaines particularités dignes de fixer l'attention. C'est ainsi, par exemple, qu'on trouve au milieu des fibres musculaires atrophiées des fibres dont le diamètre transversal a doublé de volume. Il est vrai que toutes ces fibres se sont parfois considérablement rétractées. Mais ce qui est le plus singulier, c'est que, dans un muscle, ce sont surtout les attaches tendineuses de la fibre qui subissent une dégénérescence fibreuse très manifeste. C'est en cet endroit que se développe le tissu conjonctif, le reste du muscle pouvant être relativement sain.

M. Déjerine insiste sur l'importance des constatations de M. Roth qui permettent d'interpréter ces saillies, ces boules que l'on trouve si souvent le long des muscles atteints, ces rétractions musculaires, dont on n'avait pu jusqu'à présent donner une interprétation suffisante.

MM. Nocard et Roux ont apporté certaines modifications aux procédés de culture du microbe de la tuberculose qui faciliteront singulièrement les recherches. Ils ont constaté, en effet, que la simple addition de glycérine à du bouillon ordinaire suffisait pour constituer un milieu de culture extrêmement favorable au développement du bacille.

M. d'Arsonval expose qu'on peut lire dans tous les traités allemands qu'en France nous ne nous servons pas de mesures en électrothérapie, et que tous les procédés usités ailleurs viennent d'Allemagne. Ce sont là des allégations de pure fantaisie. En effet, l'auteur rappelle, pièces en main et en lisant les procès-verbaux, qu'au Congrès des électriciens en 1881, ce fut lui qui proposa l'adoption des unités de mesures de l'Association britannique et qu'il trouva des opposants dans les personnes de MM. Dubois-Reymond, Ziemmsen en particulier, qui déclarèrent qu'il était tout à fait inutile de mesurer l'intensité des courants. Après discussion, ces auteurs finirent pourtant par se ranger à l'avis de M. d'Arsonval. C'est donc *sur sa proposition* que furent adoptées ces unités de mesure dont on ne se servait pas alors en Allemagne, qui étaient d'emploi courant en France et pour lesquelles les Allemands réclament aujourd'hui la priorité.

M. R. Dubois dépose une note sur la fonction photogénique des *Podurides*.

La Société se forme en *comité secret* à 5 h. 1/4.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 décembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

Election d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. Bouley. Sont présentés : en première ligne, M. Nocard ; en deuxième ligne, M. Weber ; en troisième ligne, MM. Barrier et Raillet ; en quatrième ligne, M. Mégnin. Votants : 75. Majorité 38. Au premier tour de scrutin, M. Nocard obtient 46 voix ; M. Mégnin, 17 ; M. Weber, 11 ; bulletin nul, 1. En conséquence, M. Nocard, professeur de clinique à l'Ecole d'Alfort, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Panas présente quelques considérations sur la *pathogénie des kystes dits séreux de l'orbite*, à propos d'une nouvelle observation. Il s'agit d'une jeune fille, âgée de douze ans, qui, vers l'âge de cinq ans, vit apparaître une tumeur au niveau du côté inférieur et interne de l'orbite. Comme la tumeur grossissait, l'enfant vint à l'hôpital ; là, M. Panas reconnut qu'il s'agissait d'un, ou plutôt de deux kystes juxtaposés, et proposa l'ablation de la tumeur. L'opération fut faite à l'aide d'une incision horizontale le long du rebord orbitaire inférieur. La tumeur était formée d'une poche antérieure sous-palpébrale remplie d'un liquide visqueux brunâtre et d'un petit kyste à contenu visqueux, transparent. L'étude histologique des parois de ce kyste démontra qu'il s'agissait d'un kyste bilobé formé d'un tégument membraneux, contenant des glandes mucipares acineuses avec conduit excréteur recouvert d'un épithélium cylindrique. Le kyste en question était donc véritablement constitué par un enclavement fœtal de la muqueuse des fosses nasales et des sinus dont il représente plus ou moins la structure exacte.

M. Planchon lit plusieurs *rapports* sur les eaux minérales.

M. L. Labbé fait la lecture d'une observation de M. Dubar (de Lille) ayant pour titre : *Pierre de la vessie et double fistule uréthro-pénienne, taille hypogastrique, uréthroplastie dans la même séance. Résultats.* Cette opération, pratiquée sur un enfant de huit ans, fut suivie de succès. A cette occasion, M. Dubar fit la taille sus-pubienne, enleva le calcul et plaça le double tube de Périer, puis il fit l'autoplastie des fistules péniennes réunies en une seule.

M. G. Lagneau lit un *rapport* sur un mémoire de M. Aubert, intitulé : *Etude statistique et médicale sur le recrutement dans le département de la Loire-Inférieure.* La population s'accroît légèrement. Par leur taille peu élevée, par la largeur et la convexité de leur poitrine, par leur brachycéphalie, par la couleur brune de leurs cheveux, la plupart des habitants, les deux tiers au moins, se rattachent à la race celtique. Par leur taille élevée, leur teint blanc, leur chevelure blonde, d'autres habitants moins nombreux, principalement du littoral, paraissent des-

© BIU Santé

cendre des anciens immigrés Germains, Saxons, Normands, qui, de la Germanie septentrionale et de la Scandinavie, vinrent, à diverses époques, occuper cette région maritime. Dans ce département, la belle et saine population du bourg de Batz, dont près d'un cinquième porte le même nom de famille, offre un bel exemple de l'innocuité des mariages consanguins, lorsque la consaguinité est indemne de toute hérédité morbide. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 juillet 1886. — Présidence de M. Féré.

9. M. Widal présente un cas d'*hémorrhagie méningée*. Un homme de 48 ans, athéromateux, indemne de syphilis, entra dans le service de M. Letulle. On constata un délire calme, conscient, des crises épileptiformes et enfin du coma. A l'autopsie, on découvrit une hémorrhagie sous la pie-mère; un caillot recouvrait tout le cerveau, masquant tous les sillons de l'hémisphère droit, remplissant seulement la scissure de Sylvius à gauche. De ce côté, existaient deux petits anévrysmes de la sylvienne gros comme des pois; sur la cérébrale antérieure s'en trouvait un troisième dont la paroi était rompue.

M. Letulle insiste sur la rareté des cas de ce genre. L'hémorrhagie sous pie-mérienne avait été diagnostiquée.

10. M. Broca a trouvé dans une articulation scapulo-humérale un *corps étranger articulaire* pédiculé à la synoviale, assez loin du cartilage, au voisinage du point de réflexion de la séreuse. Il s'était creusé une loge spéciale. En raison de son siège, on ne peut admettre qu'il se soit formé aux dépens d'une ecchondrose. Dans les autres articulations, les lésions de l'arthrite sèche étaient évidentes, mais on n'y rencontrait pas de corps étrangers.

M. Tuffier croit que c'est, en effet, sur la synoviale que s'insère le plus souvent le pédicule des corps étrangers.

M. Darier. L'insertion des corps étrangers dans le cul-de-sac de la synoviale s'explique, comme on le sait, par leur développement aux dépens des cellules de cartilage découvertes par Kölliker dans les franges. Il est étonnant qu'on n'ait pas signalé des corps étrangers dans les articulations des doigts, qui sont souvent le siège d'arthrite sèche et où les cellules cartilagineuses des franges sont si abondantes et si faciles à démontrer. Peut-être faudrait-il les y rechercher plus souvent.

M. Broca a observé un cas de corps étranger d'une articulation métatarso-phalangienne.

11. M. Lefèvre présente un gros *corps fibreux de l'utérus*, trouvé à l'autopsie d'une femme morte de septicémie aiguë à la suite de l'ablation au galvano-cautère d'un épithélioma du col. L'examen microscopique du produit de raclage de ce corps fibreux y a fait découvrir des cellules embryonnaires et peu de fibres cellules. On pourrait se demander s'il ne subit pas la transformation en sarcome.

M. Darier croit que ce procédé d'examen est tout à fait insuffisant. La consistance ferme et coriace de la tumeur et la sécheresse de sa coupe sont tout à fait celles d'un fibro-myome ordinaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 décembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Roques rapporte l'observation d'un enfant de neuf ans non rhumatisant qui, pendant le cours d'une grippe, présenta des symptômes graves, d'aspect méningé et comme phénomène critique, à la fin de la période aiguë, une pleurésie d'intensité moyenne et qui ne dura que 48 heures.

M. Dreyfus-Brissac rappelle que, depuis longtemps déjà, il a signalé l'existence d'un épanchement séreux pleural comme phénomène terminal, surtout dans les cas de grippe. Il est vrai qu'il ne l'a jamais vu aussi considérable que dans le fait rapporté par M. Roche.

M. Guyot dit que M. Gibert, du Havre, a observé l'année dernière 7 cas de pleurésie survenant pendant une grippe. M. Desnos en a souvent observé également.

M. Troisier présente un malade âgé de 68 ans, semblant bien se porter actuellement. En décembre 1884, ce malade eut presque simultanément de l'œdème des membres inférieurs et une ascite qui augmenta rapidement et nécessita une ponction qui fut pratiquée en janvier 1885. Depuis ce moment, jusqu'en novembre 1885, M. le Dr Seraille, son médecin, dut faire 18 ponctions; il retira ainsi 165 litres de liquide ascitique. Le foie était un peu augmenté de volume et dépassait le rebord des fausses côtes. Le malade se cachectisait, lorsque, peu après la 18e ponction, il se mit à uriner beaucoup, l'ascite diminua et il ne resta plus qu'une petite quantité de liquide qui disparut en quelques mois. Depuis lors, le malade se remonta rapidement et semble aujourd'hui guéri; le foie est toujours un peu gros, mais il n'y a pas de circulation collatérale. M. Troisier ne pense pas qu'il s'agisse là de lésion péritonéale, il croit plutôt à une affection du foie, mais laquelle? il pencherait vers l'hypothèse de cirrhose atrophique guérie.

M. Bucquoy a observé plusieurs faits analogues, mais il croit qu'il s'agit là seulement de rémissions pouvant durer longtemps, parfois plusieurs années. Il cite le cas d'un marchand de vin, voisin de l'hôpital Cochin, qu'il vit en consultation mourant d'une cirrhose atrophique avec ascite énorme. Six semaines après, il n'y avait plus traces d'ascite sans qu'on ait jamais fait de ponctions. Deux ans après, il était encore en bonne santé; il fut alors perdu de vue. Cruveilhier observa un cas analogue. M. Bucquoy a également vu une guérison au moins momentanée se produire dans un cas de cirrhose avec ascite énorme.

M. Moutard-Martin présente une partie du foie d'un jeune homme de 18 ans, entré à l'hôpital avec de l'œdème localisé au côté droit, une saillie épigastrique donnant la sensation d'une collection purulente. Trois ponctions furent inutiles; puis le malade se cachectisa de plus en plus et mourut après avoir présenté une énorme augmentation de volume de son foie qui descendait presque jusqu'à la symphyse. On trouva à l'autopsie un volumineux cancer encéphaloïde du foie avec généralisation aux ganglions prévertébraux des noyaux cancéreux dans un testicule, et une endocardite végétante mitrale et aortique.

M. Cadet de Gassicourt rapporte l'observation d'un enfant de 13 ans, extrêmement misérable et cachectisé, qui fut amené à l'hôpital avec des ganglions sous-maxillaires énormes, des signes nets de congestion pulmonaire aux deux sommets; enfin, une tumeur saillante, avec fluctuation au niveau du foie. La congestion pulmonaire s'étendit à la base des poumons, puis il se produisit un léger épanchement à la base droite. Quant à la tumeur considérée comme un kyste hydatique suppuré, on la ponctionna à deux ou trois reprises, retirant chaque fois 200 gr. de pus. En présence du mauvais état général, on résolut de faire une opération radicale; M. Prengrueber incisa, pénétra dans une cavité anfractueuse située entre le diaphragme et le foie, lava et mit un drain. L'enfant guérit, il est aujourd'hui en pleine convalescence. C'était donc une péritonite sus-hépatique suppurée.

M. Millard présente un volume du Dr Lalesque, ancien interne des hôpitaux, sur Arcachon.

MM. Hérard et Villemin sont nommés membres honoraires de la Société, et M. Seglas, membre titulaire.

Les mutations suivantes sont opérées dans les divers services hospitaliers:

M. Dumontpallier passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu; M. Blachez, de Necker à la Charité; M. Dieulafoy, de St-Antoine à Necker; M. Legroux, de Laënnec à Trousseau; M. Hanot, de Tenon à St-Antoine; M. Gingeot, de Ste-Périne à Saint-Antoine; M. Moutard-Martin, de Tenon à Saint-Antoine; M. Tapret, du Bureau central à St-Antoine; M. Cornil, de la Pitié à Laënnec; M. Hutinel, de Saint-Antoine à la Pitié; M. Troisier, de St-Antoine à la Pitié; M. Roques, d'Ivry à Tenon; M. Moizard, de Bicêtre à Tenon; M. Barth, du Bureau central à Ste-Périne; M. Gombault, du Bureau central à Ivry; M. Déjerine, du Bureau central à Bicêtre L. Capitan.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 décembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. LARGER, à propos du procès-verbal, répond à M. Terrier, en ce qui concerne l'opinion qu'il a émise à la dernière séance sur l'*origine équine du tétanos*, qu'un fait négatif ne prouve rien. Il s'est livré à une enquête pour savoir si les employés des équarrisseurs prenaient assez souvent le tétanos ; il n'en est rien ; mais, d'ailleurs, ils ne prennent pas non plus le charbon, quoiqu'ils dépècent souvent des animaux charbonneux.

M. TERRIER maintient que le dernier fait cité par M. Larger plaide en faveur des idées qu'il soutient.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit un long rapport sur une observation de M. Bruch (d'Alger) intitulée : *Grossesse extra-utérine, gastrotomie, guérison*. A ce propos, il cite deux opérations analogues qu'il a faites il y a quelque temps. Son rapport est accompagné d'un certain nombre de réflexions sur l'étiologie, les difficultés du diagnostic, le traitement de la grossesse extra-utérine. Pour lui, la gastrotomie est la seule opération recommandable ; il rejette l'intervention par le vagin. Il insiste aussi sur la distinction qu'on doit faire entre une gastrotomie franche et l'ouverture de poches adhérentes aux parois abdominales se comportant comme de vastes abcès. On confond trop souvent ces deux opérations absolument distinctes. Pour la grossesse extra-utérine, il n'y a que Kœberlé et lui qui aient pratiqué la gastrotomie vraie dans cette affection. Chemin faisant, il mentionne encore quelques particularités intéressantes et peu connues dans l'histoire de cette maladie : par exemple, la fusion partielle ou totale de la peau du fœtus aux parois du kyste, ce qui rendrait illusoire, dans ces cas, toute tentative d'extraction par le vagin. Il ne redoute pas l'hémorrhagie, si violente soit telle, pouvant survenir quand le placenta n'est pas détruit. En somme, quand le diagnostic est faisable, ne pas attendre pour opérer et de suite agir par la voie abdominale.

M. BOUILLY dit qu'il a pratiqué une fois la laparotomie vraie pour un cas de grossesse extra-utérine.

M. TERRILLON fait part à la Société des résultats obtenus par lui dans une série nouvelle de 35 *ovariotomies*. Sur 35 cas, 20 malades ont été opérées dans les plus mauvaises conditions. Les 35 cas comprennent : 29 kystes multiloculaires, 4 kystes parovariques, 1 kyste dermoïde, 1 sarcome de l'ovaire. Il y a eu 4 opérations incomplètes et 6 décès : 3 par schok, 2 par péritonite (1 au 5e jour, 1 après 24 heures), 1 par péritonite purulente latente au 30e jour. Depuis le commencement de 1886, il a eu 12 succès sur 12 opérations. Il attribue ce résultat aux modifications qu'il a fait subir à sa façon de procéder. Il insiste sur le nettoyage des éponges, la suppression du spray phéniqué, l'emploi de l'eau filtrée et bouillie, et surtout les lavages à grande eau (bouillie) de la cavité péritonéale. Il va jusqu'à verser dans la cavité abdominale 25 à 30 litres d'eau bouillie tiède, de sorte que la masse intestinale surnage pour ainsi dire dans ce bain.

M. POZZI fait une très intéressante communication sur une *plaie de l'abdomen par arme à feu traitée par la laparotomie*. Il s'agit d'un jeune garçon de 10 à 12 ans qui reçut dans l'abdomen un coup de revolver américain, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope et à peu de distance de la ligne blanche. De suite, envie d'uriner et douleur très vive dans le ventre. Trois heures après l'accident, frisson, vomissements. M. Pozzi, à ce moment, vide la vessie et retire 200 grammes d'une urine très chargée de sang. Donc plaie de la vessie et de l'intestin. MM. Trélat et Pozzi décident de recourir à la laparotomie, laquelle est faite 8 heures après l'accident. A l'ouverture du ventre on trouva une infiltration d'urine dans le tissu périvésical, trois perforations intestinales doubles et trois plaies contuses de l'intestin grêle. Ces perforations furent oblitérées par la suture de Lambert ; puis le ventre fut fermé, mais la plaie de la vessie resta ouverte. Mort 60 heures après l'accident, c'est-à-dire 52 heures après l'opération qui a duré 2 heures 1/2.

M. BERGER insiste sur la difficulté extrême de la recherche des perforations. D'autre part, il a observé un cas de plaie pénétrante de l'abdomen, avec guérison sans intervention chirurgicale. Il n'a pas opéré dans ce cas, parce qu'il n'a vu le malade que le quatrième jour, alors que les symptômes de la péritonite par perforation étaient évidents.

M. TRÉLAT, qui a fait des recherches sur cette question, dit qu'on doit faire la laparotomie s'il y a des signes incontestables de perforation. Il peut y avoir perforation intestinale et, pendant quelque temps, le sujet peut ne présenter aucun phénomène morbide. On ne doit pas opérer, d'après lui, après la quinzième heure (après l'accident) ; il est trop tard, passé cette limite. Aucune opération n'a réussi après 17 heures et il connaît au moins 4 succès.

M. LE DENTU, dans la prochaine séance, fera une communication sur ce sujet.

M. VERNEUIL dit que les blessures par projectiles de revolver n° 7 sont ordinairement bénignes surtout pour le foie, le poumon, le cœur. Il connaît des cas de plaies de l'abdomen analogues ayant guéri sans opération.

M. TRÉLAT insiste sur la nécessité de la laparotomie faite à temps. D'ailleurs il y a des indications variables avec chaque cas.

Nomination d'une commission pour apprécier une proposition tendant à modifier les statuts de la Société. Sont nommés membres : MM. Tillaux, Kirmisson, Terrier, Horteloup, Chauvel.

MARCEL BAUDOUIN.

REVUE D'OTOLOGIE

I. Handbook of diseases of the Ear for the use of students of practitioners ; *Manuel des maladies de l'oreille, à l'usage des étudiants et des praticiens* ; par U. PRITCHARD, London, 1886.

II. Commentarios teoricos y practicos sobre la patologia del oido ; par VERDOS. Alcala de Hernanez, 1887.

III. De la perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement ; par POLO. Thèse. Paris, 1886.

I. Ce livre, écrit par M. Urban Pritchard, récemment nommé professeur des maladies de l'oreille au King's College, est destiné principalement aux étudiants. L'auteur n'a pas cherché à donner un résumé des traités des maladies de l'oreille, il n'a voulu que faire connaître le résultat de sa longue pratique. Il consacre à l'anatomie de l'oreille un court, mais suffisant chapitre qu'accompagnent des figures destinées à montrer la vue de l'organe en général, sa coupe longitudinale, la caisse du tympan et les différentes parties de l'oreille interne. Il passe en revue les différents moyens employés pour l'examen de l'oreille au point de vue objectif et subjectif et donne la préférence à la lumière du jour comme éclairage ; il conseille l'emploi d'un miroir et d'un spéculum plein, dont l'extrémité auriculaire a été enlevée sur une partie de sa paroi pour faciliter l'entrée des instruments. Il emploie aussi le spéculum bivalve. Il décrit ensuite les différentes affections de l'oreille externe, puis il traite des blessures de l'oreille moyenne, du catarrhe aigu non suppuré, du catarrhe suppuré, du catarrhe aigu à forme récurrente, du catarrhe chronique non suppuré et suppuré, de la névralgie, du rhumatisme, de la syphilis, du carcinome et de l'obésité, qui provoquent des affections de l'oreille moyenne. Il décrit les maladies du nerf auditif, la méningite cérébro-spinale, les fièvres, les tumeurs cérébrales, les fractures, les malformations congénitales, qui atteignent l'oreille interne. La compression du liquide du labyrinthe, l'inflammation, la syphilis héréditaire, les oreillons, la maladie de Ménière, la surdité chez les forgerons, sont aussi passés en revue par l'auteur, qui consacre ensuite deux chapitres à la surdi-mutité, aux bourdonnements et aux différents appareils destinés à faciliter l'audition. Un formulaire, placé à la fin de l'ouvrage, résume la pratique de M. Urban Pritchard, qui a rendu un service à la science en publiant ce manuel destiné à nous montrer l'état actuel de l'enseignement des maladies de l'oreille, en Angleterre.

II. — Ce travail renferme une série d'articles sur différents sujets de pathologie auriculaire. L'auteur y traite

© BIU Santé

tour à tour : 1° des corps étrangers et de leur extraction au moyen d'un appareil « otoscopo prensor » qui n'est autre qu'un spéculum de Brunton, à l'extrémité duquel se trouvent les deux mors d'une pince dont les anneaux sont placés au-dessous de l'otoscope ; 2° des modifications de la transmission du son par les parois crâniennes ; 3° de la perforation du lobule de l'oreille ; 4° de l'otonévrose ; 5° des modifications de la voix dans les maladies de l'oreille et de son importance pour le diagnostic des otopathies ; 6° de la myringité partielle chimique ; 7° de l'hypnotisme par les voies auditives ; 8° de l'obstruction de la trompe d'Eustache ; 9° des bouchons de cérumen avec parésie linguale et symptômes de la maladie de Ménière ; et, enfin : 10° de la perforation du tympan. Les titres de ces chapitres montrent suffisamment que notre confrère espagnol a eu soin de traiter des sujets d'une importance pratique.

III. — L'auteur étudie tour à tour les perforations congénitales traumatiques et pathologiques. Les premières sont rares, les secondes sont produites par des crayons, des cure-oreilles, des bouchons de cérumen ? l'insufflation d'air dans la caisse, la toux, l'éternuement ; enfin, les troisièmes sont dues à l'otite diffuse et aux otites moyennes catarrhale et purulente. Une fois produite, la perforation peut rester stationnaire ou se cicatriser. La cicatrice, dit l'auteur, est toujours sur le même plan que le tympan ; ceci n'est pas exact, puisque M. Polo cite plus bas différents exemples empruntés à la collection anatomo-pathologique de M. Baratoux, qui montrent que des cicatrices peuvent aller du tympan à différents points de la caisse, au conduit auditif ou à l'ouverture tympanique de la trompe d'Eustache. L'auteur étudie ensuite les symptômes des perforations, leurs sièges, leurs formes, les bourdonnements et les altérations de l'ouïe qui les accompagnent. La perforation consécutive à un traumatisme guérit rapidement, il n'en est pas de même de la perforation chez les tuberculeux où la lésion dure aussi longtemps que la vie. Nous en avons vu cependant quelques rares exceptions. La terminaison se produit par agrandissement, par état stationnaire ou par rétablissement de la membrane. L'auteur passe en revue les principaux tympans artificiels : boulette de coton, disque de caoutchouc, morceau de caoutchouc et rondelle d'ouate. Il termine son travail par la description du procédé de Berthold qui consiste à appliquer une petite parcelle de la membrane testacée de l'œuf sur la perforation. Douze observations complètent ce travail. B.

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique de la Lithiase biliaire.

Le traitement de la lithiase biliaire présente trois indications principales : *a*) parer aux accidents aigus et douloureux de la colique hépatique ; *b*) agir sur les calculs déjà formés pour en faciliter la disparition ; *c*) empêcher qu'il s'en forme de nouveaux.

En présence d'un cas de colique hépatique, on a recours habituellement, pour calmer les douleurs et arrêter les vomissements, à l'injection hypodermique de morphine. Cette intervention est efficace dans un très grand nombre de cas. On réussit également bien par l'administration d'une potion calmante, telle que la potion antispasmodique du Codex, dans laquelle l'éther ajoute ses effets à ceux de l'opium. On doit même considérer cette association comme préférable à la morphine seule. Celle-ci ajoute souvent ses effets émétiques aux nausées et aux vomissements dont s'accompagne la colique du foie ; tandis que, il suffit, en général, de quelques cuillerées de la potion, pour calmer les douleurs et arrêter les vomissements. C'est du moins la constatation que nous avons pu faire dans des cas, assez nombreux, où nous avons eu l'occasion de comparer ces deux moyens d'action.

La crise de colique hépatique, souvent, après avoir duré quelques heures, cesse définitivement, pour un temps indéterminé ; d'autres fois, elle ne cesse que pour se reproduire à bref délai, et, dans certains cas, ces reprises se montrent avec de courtes intermittences, pendant des mois et des années. Il semble que la colique passe à l'état chronique sans cesser d'être aiguë. Dans une observation qui nous est personnelle, ces crises de colique à répétition ont duré plus d'un an.

Il s'agit d'une malade âgée de soixante-dix ans. C'était une lithiasique classique. Elle avait de l'eczéma chronique aux oreilles, des douleurs rhumatoïdes et divers autres stigmates de cet état constitutionnel qui est l'arthritisme, suivant les uns, l'herpétisme, suivant les autres.

Pendant cette longue durée, les crises douloureuses n'ont présenté que de rares et courtes intermittences.

Dans ces conditions, on est conduit à essayer de tout ; on a recours, surtout, aux injections hypodermiques, qui soulagent vite, mais dont le malade a, presque toujours, tendance à abuser.

Lorsque la colique hépatique se prolonge ainsi, il y a lieu de penser à la pluralité des calculs, à leur enclavement dans les canaux biliaires, ou à l'une et à l'autre de ces conditions. Viser la douleur n'est pas suffisant ; il s'agit encore de faire disparaître la cause. Certes, nos moyens sont bornés et lents dans leur action. Néanmoins il en est de classiques dont l'efficacité est encore proclamée de nos jours par des maîtres incontestés. On sait, depuis Durande, qu'un mélange de 10 parties d'essence de térébenthine et de 5 parties d'éther, réduit en bouillie, en 24 heures, les calculs biliaires qu'on y plonge. Plus près de nous, le professeur Bouchard écrit... « On administrera l'éther et la térébenthine, ce vieux remède de Durande, qui a promis de dissoudre les calculs et qui, je puis l'affirmer, a tenu sa promesse. » Trousseau enseignait en outre que « l'éther térébenthiné a la propriété incontestable de calmer les coliques atroces et les vomissements dont s'accompagnent fréquemment les calculs biliaires et certaines névralgies hépatiques. »

Dans les cas dont nous parlons ci-dessus, nous avons eu recours aux injections hypodermiques, mais avec modération et, seulement, dans les paroxysmes. Mais nous avons prescrit avec persévérance l'éther et la térébenthine, et nous avons la conviction que, tout en aidant à l'apaisement des souffrances, cette médication a exercé une influence des plus heureuses sur l'issue de la maladie. La malade a guéri complètement, confirmant ainsi le diagnostic, qui n'a pas laissé que d'être hésitant, l'opiniâtreté des douleurs nous ayant donné, plus d'une fois, la crainte d'une affection organique de mauvaise nature.

Le remède de Durande, dans sa forme primitive, est d'une administration assez difficile. L'éther et l'essence s'évaporent si promptement, l'éther surtout, qu'après avoir mesuré les gouttes, on ne sait plus quelle quantité on en va prendre. Et puis, quel que soit le véhicule, petit-lait, eau d'orge — si l'on veut rester classique — ou tout autre, l'éther et la térébenthine ont une saveur si fâcheuse qu'elle décourage bientôt les malades les plus résignés. Nous avons tourné la difficulté en administrant des perles d'éther et d'essence de térébenthine, à la dose de quatre à six de chaque sorte, par jour, et en accompagnant chaque dose d'une tasse de bouillon ou d'une eau légèrement alcaline, quand le remède n'était pas pris au commencement du repas, ce qui est le moment d'élection. Plus tard, ayant appris que dans la série des perles du Dr Clertan, il s'en trouvait une sorte où l'éther et la térébenthine se trouvaient associés dans une même capsule, nous avons continué le traitement avec les seules perles d'éthérolé d'essence de térébenthine, à la dose moyenne de six par jour, avec des interruptions de quelques jours de temps en temps. Tel a été le fonds du traitement. Nous avons eu la pensée d'administrer aussi le chloroforme qui, suivant les expériences de Bouchut, serait un dissolvant énergique des calculs biliaires. Mais le nom seul de chloroforme inspirait des appréhensions à la malade. Ce médicament fait aussi partie des produits du Dr Clertan qui, soit dit en passant, méritent bien le nom de perles par leur transparence et leur perfection. C'est là un bel exemple de ce que peut la

© BIU Santé

spécialisation ou la division du travail, ce qui est tout un, à certains égards.

L'exemple ci-dessus se rapporte, autant qu'on en peut juger, à un cas de lithiase biliaire avec calculs engagés dans un des canaux secondaires, sans obstacle au cours de la bile, car l'ictère a toujours fait défaut. Mais il n'en est pas toujours ainsi : le calcul peut être enclavé dans le canal cholédoque : il y a alors rétention de la bile avec toutes ses conséquences. La médication précédente est toujours impérieusement indiquée ; il y aura lieu d'y joindre l'usage des eaux alcalines pour suppléer à la bile dans les milieux digestifs, et certaines modifications de régime particulières aux ictériques. Il faut, en outre, lutter contre les accidents de putridité qui succèdent à l'interruption du cours de la bile, en administrant le charbon, qui, lorsqu'on sait le donner à haute dose, désinfecte complètement les matières intestinales (Bouchard).

En troisième lieu, enfin, le traitement de la lithiase biliaire comprend l'ensemble des moyens prophylactiques qui sont destinés à empêcher la formation de nouveaux calculs. Ces moyens comprennent la privation des acides, l'usage des alcalins, excepté de la chaux, et surtout des pratiques d'hygiène et de régime, dont la seule exposition demanderait de longs développements. Dr A. .

CORRESPONDANCE

Encombrement dans les hôpitaux.

Paris, 10 décembre 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le compte rendu de ma leçon d'ouverture publié dans votre numéro du 27 novembre, la rédaction naturellement très abrégée semble me faire dire que M. Segond qui me remplaçait, a été cause de l'encombrement de mes salles. Rien n'est plus loin de ma pensée sous tous les rapports. Je tiens surtout M. Segond pour un excellent praticien et un élève estimé et affectionné.

L'encombrement de mon service qui s'est prolongé fort avant dans l'année avait pour cause l'évacuation des salles voisines. C'était un accident, mais un accident redoutable et j'ai tenu à le montrer. Vous me seriez agréable, Monsieur le Rédacteur, en publiant cette lettre dans votre prochain numéro.

Je vous prie d'agréer, etc. U. Trélat.

Nous reviendrons prochainement sur la question d'*encombrement*.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de zoologie médicale : par R. Blanchard, professeur agrégé ; 2e partie, pages 193-480, in-8°. J.-B. Baillière, 1886.

Nous sommes véritablement en retard pour analyser la deuxième partie de cet excellent ouvrage, parue déjà depuis plusieurs mois. Toutefois, nos regrets sont atténués par ce fait qu'il nous est permis d'annoncer que la troisième et dernière partie ne tardera pas à voir le jour. Enfin, nous ne pouvions choisir un meilleur moment que celui de la réouverture de l'Ecole. Les élèves de première année nous sauront gré de leur indiquer ce traité de zoologie, qui passe à bon droit pour être le plus au courant de toutes les découvertes dont s'est enrichie cette branche importante des sciences médicales.

Nous ne voudrions pas cependant qu'on pût croire que nous le recommandons à l'unique attention de ceux qui débutent ; bien au contraire. Ce volumineux fascicule contient, en effet, des matières qui intéressent au suprême degré les cliniciens, car on y trouve une monographie complète des vers intestinaux. Pour ce qui est des ténias en particulier, l'auteur s'est astreint à lire toutes les publications, depuis le traité de Nicolas Andry (1701), jusqu'aux ouvrages les plus récents, parus tant en France qu'à l'étranger. Il a su dégager de ces investigations longues et difficiles une description claire et précise qui, nous ne craignons pas de le dire, n'existe nulle part ailleurs que dans son livre. Nous signalerons tout spécialement l'étude détaillée des cysticerques chez l'homme, suivant l'âge, les organes de l'économie qu'ils envahissent. Leur distribution géographique est fort bien traitée et conduit à des aperçus tout nouveaux.

A côté des grandes lignes, M. Blanchard s'est attaché à relever des particularités bien souvent omises. Il insiste, avec raison, sur la pluralité des ténias et élucide avec une grande justesse d'appréciation les diverses anomalies que présentent ces vers, anomalies qui ont parfois conduit à la création d'espèces nouvelles, alors qu'elles étaient uniquement constituées par la déviation du type normal. Nous citerons, pour exemple, les perforations et le mélanisme que l'on rencontre assez fréquemment. L'auteur montre ainsi que le *Tœnia nigra* n'est qu'une variété de *Tœnia saginata*, lequel est appelé à tort *mediocanellata* ou *inermis*. Le nom de *Tœnia saginata*, donné en 1782, doit donc être conservé. De même encore, les *Tétrhosoma abietina*, ne sauraient constituer des espèces à part.

Nous n'insistons pas davantage et nous louons sans réserve cette monographie complète des vers intestinaux, sans préjudice des autres parties de l'ouvrage. L'auteur a compris que certains chapitres d'un traité de zoologie médicale devaient recevoir des développements tout particuliers. Nous ne nous doutons pas un seul instant que l'appréciation des hommes compétents dans la matière ne ratifie le plan qu'il a adopté dans la composition de son livre. De très nombreuses figures illustrent à chaque page un texte clair et précis. On se souvient, en lisant l'ouvrage de M. Blanchard, du succès qui accueillit son enseignement à l'Ecole. G. T.

Etude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant par les membres inférieurs; par J. Brossard. Thèse de Paris, 1886. — Steinheil.

Dans cet ouvrage se trouvent rapportées trois observations (2 frères et leur neveu) prises avec soin de malades présentant une atrophie musculaire des membres inférieurs.

Il s'agit là, très certainement, quoi qu'en dise l'auteur, de la forme de myopathie progressive primitive connue sous le nom de forme Leyden-Möbius, forme qui n'a absolument rien de commun avec celle à laquelle appartiennent les malades dont Eichhorst a publié l'observation. Le travail de M. Brossard très bon au point de vue de l'observation des faits nous semble laisser beaucoup à désirer quant à leur interprétation ; il tend à entretenir une confusion fâcheuse dans la question de l'atrophie musculaire héréditaire. Débutant par les membres inférieurs, atrophie qui comprend pour le moins deux formes bien distinctes. Quant à celle qui fait l'objet de la thèse de M. Brossard, ce n'est, ainsi que nous l'avons dit, pas autre chose que la forme Leyden-Möbius. P. Marie.

Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells ; par K. Bürkner, Iéna, 1886.

Le Dr Bürkner, chargé du service des maladies de l'oreille à la Policlinique de l'Université de Gottingue, a réuni dans un atlas 84 chromolithographies représentant le tympan sous différents aspects. On peut ainsi se rendre un compte exact de son aspect normal, et de divers états pathologiques tels que : rupture du tympan, fracture du marteau, ecchymose, hypérémie, inflammation aiguë et chronique de la membrane, atrophie, cholestéatome, épaississement et perforation du tympan. L'auteur montre aussi l'aspect de la membrane tympanique dans le catarrhe de l'oreille moyenne et dans l'inflamation purulente ; il donne aussi quelques dessins de polypes, de granulations et de brides cicatricielles de la caisse. Toutes les figures ont le mérite de donner une excellente idée de l'aspect du tympan dans les affections qui l'intéressent. J. Baratoux.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine (1).

Le Président de la République française décrète : Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le ministre du commerce et de l'industrie, par le garde des sceaux, ministre de la justice et par le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

(1) Voir le projet Chevandier et les amendements dans le *Progrès médical*, 1885, pages, 252, 976, etc ; 1886. t, III, 2e série, page 143, etc.

© BIU Santé

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme d'officier de santé, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Art. 2. — Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées par les règlements en vigueur dans les Facultés françaises. Des dispenses pourront être accordées, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elle ne porteront sur la totalité des épreuves.

Art. 3. — Les officiers de santé sont soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales.

Art. 4. — Les officiers de santé ont le droit d'exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire, sauf dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10.000 habitants.

Art. 5. — Les fonctions de médecins et chirurgiens-experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

Art. 6. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré dans les conditions stipulées aux articles 1 et 2 de la présente loi. Toutefois le droit d'exercer cette profession est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste âgé de plus de trente ans et justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi. Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 7. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Art. 8. — Les sages-femmes ne peuvent employer les instruments dans les cas d'accouchements laborieux, sans être assistées d'un docteur en médecine. Elles ne peuvent ordonner des médicaments, avant l'arrivée du médecin, que pour parer à des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie. Elles sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations.

Art. 9. — Les sages-femmes de première classe exercent leur profession sur tout le territoire de la République. Les sages-femmes de deuxième classe exercent leur profession dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10.000 habitants.

Art. 10. — Les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes qui veulent exercer la médecine dans les limites tracées à leur profession respective par les articles précédents, sont tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Ceux qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis un certain temps, désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale, dans les limites fixées par les articles précédents, doivent également faire enregistrer leur diplôme dans les mêmes conditions qu'au paragraphe précédent.

Art. 11. — Des listes de docteurs en médecine, officiers de santé, dentistes autorisés par disposition transitoire stipulée au dernier paragraphe de l'article 7, et sages-femmes dont les diplômes ont été enregistrés à fin d'exercice, sont établies chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire. Des copies certifiées de ces listes sont transmises aux ministres de la justice, du commerce et de l'industrie, et de l'instruction publique, dans le dernier mois de chaque année. Il est dressé, chaque année, par les soins du ministre du commerce et de l'industrie, une statistique du personnel médical en France et aux Colonies.

Art. 12. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine sans être tenus de subir d'examens spéciaux pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé. Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois ; elle est renouvelable.

Art. 13. — L'action des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Art. 14. — L'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien est interdit, même en cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Toutefois, tout docteur en médecine ou officier de santé exerçant dans des localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance de quatre kilomètres peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie à l'exception de la patente.

Art. 15. — Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré conformément aux articles qui précèdent, ou de l'autorisation stipulée à l'article 12, prend part au traitement des maladies et des affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou application d'appareils ; 2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7, 8 et 9 de la présente loi ; 4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ; 4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 de la présente loi. Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qu'un médecin place auprès de ses malades.

Art. 16. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive l'amende pourra être élevée au double et les coupables pourront en outre être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

Art. 17. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1000 à 2000 francs ; en cas de récidive elle pourra être portée au double et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.

Art. 18. — Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine : 1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger, sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ; 2° L'officier de santé reçu en France, ou la sage-femme munie d'un diplôme français qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Art. 19. — Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé : 1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ; 2° La sage-femme munie d'un diplôme français, qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Art. 20. — L'exercice de la pharmacie par un docteur en médecine, par un officier de santé ou par une sage-femme, en dehors des dispositions stipulées à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double, et les coupables pourront en outre être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à un an.

Art. 21. — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 10 de la présente loi est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

Art. 23. — En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressés à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

Art. 24. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 16, 17 et 20 de la présente loi.

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné : 1° A une peine afflictive ou infamante ; 2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol ou escroquerie pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, 335 et 345 du Code pénal ; 3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi. En aucun cas la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. 26. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 16, 17, 18, 19 et 20 de la présente loi.

Art. 27. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure supprimé.

Art. 28. — Les officiers de santé et les sages-femmes de deuxième classe, exerçant au jour de la promulgation de la présente loi, sont soumis à toutes les dispositions de cette loi qui les concernent. Toutefois, ils sont autorisés à continuer l'exercice de

© BIU Santé

leur profession dans le département du domicile où ils se trouvent établis, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme.

Art. 29. — La présente loi est applicable à l'Algérie, sans préjudice des dispositions spéciales à l'Algérie, édictées par le décret du 12 juillet 1851, la loi du 31 décembre 1879 et les décrets subséquents.

Art. 30. — Sont et demeurent abrogés les articles 1 à 4, 12 à 29, 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, le premier paragraphe de l'article 2272 du Code civil, en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes dispositions des lois antérieures contraires à la présente loi.

Art. 31. La présente loi sera applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

VARIA

État mental de Barbe-Bleue (Gilles de Rays). — Folie impulsive.

On sait que le nom de Barbe-Bleue est attribué par les historiens à divers personnages, parmi lesquels on signale surtout le seigneur Gilles de Retz ou Rays, qui vivait au commencement du quinzième siècle et est très connu par les atrocités qu'il commit. Or, on trouve dans un livre récent du Dr Julien Chevalier sur l'*Inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal*, des détails historiques qui montrent que ces cruautés doivent être attribuées à un état mental tout particulier, bien étudié maintenant et très répandu à cette époque. Aux quatorzième, quinzième et seizième siècles, dit cet auteur, se développa avec une intensité inouïe, une sorte de folie génésique générale. La démonomanie, la sorcellerie, la croyance aux incubes et aux succubes, aux maléfices et vilenies du diable, remplissent cette époque, s'accompagnant d'un priapisme universel. Les passions contre nature ne pouvaient moins faire que d'apparaître : elles se manifestèrent par un fait monstrueux. Le très haut et très puissant seigneur Gilles de Laval, sire de Rays et autres lieux, maréchal de France, compagnon de Jeanne d'Arc, avec laquelle il prit part à la délivrance d'Orléans, de retour de ses campagnes, dans son château de Machecoul, en Bretagne, sacrifia plus de huit cents enfants à ses appétits contre nature. Chez lui la volupté du meurtre s'associait à l'aberration sexuelle. Traduit devant la haute Cour de Bretagne, il finit par avouer ses crimes et écrivit à Charles VII une lettre où il raconte son histoire. Cette lettre est une véritable observation clinique et mérite d'être rapportée..... « Je ne sais, dit-il, mais j'ai de moi-même et de ma propre tête, sans conseil d'autrui, pris ces imaginations d'agir ainsi, seulement par plaisance et déclaration de luxure; de fait, j'y trouvai incomparable jouissance, sans doute par l'instigation du diable. Il y a huit ans que cette idée diabolique me vint..... Or, étant d'aventure en la librairie du château, je trouvai un livre latin de la vie et des mœurs des Césars de Rome, par un savant historien qui a nom Suétonius. Le dict livre était orné d'images fort bien peintes, auxquelles se voyaient les déportements de ces empereurs païens, et je lis en cette belle histoire comment Tibérius, Caracalla et autres Césars s'esbattaient avec des enfants et prenaient plaisir à les martyriser. Sur quoi je voulus imiter lesdits Césars, et le mesme soir, je commençais à le faire en suivant les images de la leçon et du livre. » Henriet et Pontou, qu'il avait dressés à ce jeu, étaient ses pourvoyeurs. Il avoua avoir abusé des enfants « pour son ardeur et délectation de luxure, et les avoir fait tuer par ses gens, soit en leur coupant la gorge avec dagues et couteaux, en séparant la teste de leur corps, ou leur rompant les testes à coups de bâtons, ou autres choses; et aucune fois leur enlevait ou leur faisait enlever les membres pour en avoir les entrailles, les faisait attacher à un croc de fer pour les étrangler et les faire languir; comme ils languissaient à mourir, avait habitation d'eux, et aucune fois, après qu'ils étaient morts, prenait plaisir et délectation à voir les plus belles testes des dicts enfants, lesquels, en après, étaient ars. » Il continue plus loin : « Quant à ceux occis à....., on les bruslait en ma chambre, sauf quelques belles testes que je gardais comme reliques Or, je ne saurais dire au juste combien furent ainsi tués et ars, sinon qu'ils furent bien au nombre de six vingts par an. » Il ajoute en s'adressant au roi : « Souventes fois je me lamente et reproche d'avoir laissé votre service, mon très vénéré sire, il y a six ans, car en y persévérant je n'eusse point tant forfait ; mais je dois néanmoins confesser que je fus induit à me retirer en mes terres de Rays par certaine furieuse passion et convoitise que je sentais envers votre propre dauphin, tellement que je faillis l'occire un jour, comme j'ai depuis occis nombre de petits enfants par secrète tentation du diable. Donc, je vous en conjure, très redouté sire, de ne pas abandonner en ce péril votre très humble chambellan et maréchal de France, lequel ne veut avoir la vie sauve que pour une belle expiation de ses méfaits, selon la règle des Carmes. »

Sa prière ne fut pas écoutée. Condamné, il fut brûlé à Nantes en 1440. On voit encore les ruines de son château de Machecoul.

C'est là un exemple de folie impulsive comme on en voit encore assez fréquemment des exemples, avec cette différence que les attentats ne peuvent plus se multiplier comme au temps de Gilles de Rays. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 20. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Gautier, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Charcot, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Lannelongue, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

Mardi 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Cornil, Pinard. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Grancher, Debove. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Jaccoud, Joffroy.

Mercredi 22. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gautier, Villejean. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Fournier, Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

Jeudi 23. — (Epreuve pratique), Médec. opér. : MM. Le Fort, Panas, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Cornil, Mathias-Duval, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Grancher, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Quinquaud.

Vendredi 24. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Hayem, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Lannelongue, Reclus.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 21. — M. Barbillian. Etat de la sensibilité cutanée dans le rhumatisme articulaire aigu (Recherches cliniques et thérapeutiques). — M. Messerer. Des lésions viscérales de l'impaludisme. — M. Bondon. Essai sur l'amnésie dans la paralysie générale. — *Mercredi* 22. — M Magnin. De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux. — M. de Burine. Considération sur le goitre dépendant de la grossesse et de l'accouchement. — M. Gilbert Petit. Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation. — M. Fuzerot. Quelques considérations sur l'arthrotomie. — M. de Madec. Traitement chirurgical du cancer utérin. — *Jeudi* 23. — M. Schnell. Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse. — M. Vergez. Recherches sur l'hyperthermie d'origine cérébrale. — M. Leymarie. Contributions à l'étude de la fièvre typhoïde. — M. Ribet. Des lipomes intramusculaires. — M. Pallier. Des fièvres palustres observées à Madagascar. — M. Laforesterie. Essai historique et critique sur les kystes dentaires. — *Vendredi* 24. — M. Pailhas. Les élévations de la température périodiques à long intervalle à l'état normal et dans les maladies. — M. Foucher. De la contracture secondaire des muscles de la face. — M. Martin. Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique. — M. Jouet. Des lymphangites et adénites tardives. — M. Chevassu-Périgny. Résection du poignet.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 5 décembre 1886 au samedi 11 déc. 1886, les naissances ont été au nombre de 1051 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 370 ; illégitimes, 125. Total, 495. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 149. Total, 556.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 déc. 1886 au samedi 11 déc. 1886, les décès ont été au nombre de 1066, savoir : 544 hommes et 522 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M.17, F.14,T. 31.Variole : M. 1, F. 1, T. 2.— Rougeole : M. 11, F 29, T. 40.—Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3.—Coqueluche : M. 0, F. 1, T. 1. — Diphthérie, Croup : M. 17 F. 21, T. 38.—Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 2, F. 1, T. 3. —Infections puerpérales : 0. — Autres affections épidémiques: M. 13, F. 16, T. 29.—Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 0, F. 0, T. 0. — Phthisie pulmonaire : M. 116, F. 84, T. 200. —Autres tuberculoses : M. 12. F. 8, T. 20.— Autres affections générales : M. 27, F. 39, T. 66.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 29, F. 29, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 21, F.21. T. 42. — Pneumonie : M. 36, F. 31, T. 67. — Broncho-Pneumo-

© BIU Santé

nie : M. 16, F. 13, T. 29. — Athrepsie : M. 33, F. 22, T. 55. — Autres maladies des divers appareils : M. 168, F. 169, T. 337. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 16, F. 7, T. 23. — Causes non classées : M. 8, F. 9, T. 17.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 90 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 25. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 29; illégitimes, 13. Total : 42.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les questions données à l'épreuve de pathologie ont été depuis notre dernier numéro : *De l'érysipèle ; — Symptômes des fractures en général.* — On a donné aussi à l'épreuve orale d'anatomie la question suivante : *Atlas et axis.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le conseil général des Facultés et Ecoles supérieures, délibérant aux termes de l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, a fixé les congés du jour de l'an ainsi qu'il suit : La fermeture des cours aura lieu à partir du lundi 27 décembre inclus ; la réouverture aura lieu le lundi 3 janvier 1887. La séance publique annuelle de l'Académie de médecine vient d'être fixée au mardi 21 décembre 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. RICHET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — M. RECLUS, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de clinique chirurgicale à ladite Faculté. — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. BOUCHARD, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris. M TROISIER, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en outre, pour l'année 1886-1887, d'un cours de pathologie générale à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. ASSAKI, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques à ladite Faculté. — M. BULTI (A.-A.), bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Derveux, démissionnaire. — M. DESART (P.) est chargé, jusqu'à l'année scolaire 1886-1887, des fonctions d'aide-préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Behague, commissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Un congé est accordé, pendant l'année scolaire 1886-1887, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. BERNE, professeur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — MM. JOSSERAND et LECLERC, docteurs en médecine, sont nommés, pour deux ans, chefs de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Dufourt, dont le temps d'exercice est expiré, et de M. Audry, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. LAPEYRE, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Batigue, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — MM. JANOT et STUREL sont nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de MM. Ruotte et Cardot, démissionnaires.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — Un congé d'inactivité d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à partir du 1er décembre 1886, à M. Massieu, professeur de minéralogie et de géologie à la Faculté des sciences de Rennes.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. THIÉBAULT, docteur en médecine, est nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Ramakers, appelé à d'autres fonctions. — M. HANOUNE est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de préparateur de chimie à l'Ecole de médecine d'Alger.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. HEITZ, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. GIROD, docteur en médecine, chargé du cours d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur d'histoire naturelle à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. JANET, agrégé des sciences, chargé d'un cours de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. BLEICHER, professeur d'histoire naturelle médicale à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé assesseur du directeur à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. AUDRAIN, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — Sont nommés, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes : MM. GUIBERT (A.), prosecteur, en remplacement de M. Colonna, démissionnaire; VOYEZ (A.), aide d'anatomie, en remplacement de M Monnier, démissionnaire; VALENTIN (J.), aide d'anatomie. — M. PERRON est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Perrouin, démissionnaire. — M. TOUAILLE DE LARABIE (E.), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. THIERRY (A.), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

ARRÊTÉ PORTANT NOMINATION DE BOURSIERS PRÈS LES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le 2 décembre, sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers près les Facultés de médecine ci-après désignées, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Faculté de Paris : Elèves ayant 4 inscriptions : MM. de Bourgon (Ch.), bourse entière ; Haury (A.), demi-bourse. Elèves ayant 8 inscriptions : MM. Darricarère (J.), bourse entière ; Dumont (A.), demi-bourse ; Kortz (F.), bourse entière ; Nageotte (E.), bourse entière ; Pescaret (P.), demi-bourse. Elèves ayant 12 inscriptions : MM. Delagenière (A.), bourse entière; Sallé (C.), bourse entière. Elèves ayant 16 inscriptions : MM. Champeil (A.), demi-bourse ; Chevalier (Ed.), bourse entière ; Hudelo (A.), demi-bourse ; Loppé (E.), bourse entière ; Le Noir (L.), bourse entière ; Poiret (P.), bourse entière; Sérieux (R.), bourse entière ; Tissier (P.), bourse entière. — *Faculté de Bordeaux* : Elève ayant 8 inscriptions : M. Durand (M.), demi-bourse. Elève ayant 12 inscriptions : M. Desmartin (E.), bourse entière. Elève ayant 16 inscriptions : M. Daraignez (E.), bourse entière. — *Faculté de Lille* : Elève ayant 4 inscriptions : M. Fromont (P.), demi-bourse. Elève ayant 8 inscriptions : M. Cusset (S.), demi-bourse. — *Faculté de Lyon* : Elèves ayant 4 inscriptions : MM. Commandeur (A.), bourse entière; Philippe (N.), demi-bourse. Elèves ayant 8 inscriptions : MM. Clair (F.), demi-bourse ; Gaudier (J.), demi-bourse. Elève ayant 12 inscriptions , M. Chapotot (E.), bourse entière. — *Faculté de Montpellier* : Elèves ayant 4 inscriptions : MM. Imbert (L.), bourse entière ; Merlat (A.), demi-bourse. Elève ayant 8 inscriptions : M. Ménard (B.), bourse entière. — *Faculté de Nancy* : Elèves ayant 4 inscriptions : MM. Braun (D.), demi-bourse ; M. Georges (V.), bourse entière. Elève ayant 12 inscriptions : M. Simon (E.), bourse entière. — *Faculté de médecine de Paris* : M. Meyer (I.), candidat au doctorat en médecine (1re année), est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursier près la Faculté de médecine de Paris, demi-bourse.

BOURSES DES ÉCOLES DE PHARMACIE. — Sont nommés : *Ecole de Paris*, MM. Saget, Thoury (4 inscriptions, bourse entière); MM. Delon, Lefèbvre, Martineau, Mouren (8 inscriptions, bourse entière) ; M. Bréville (12 inscriptions, bourse entière). *Ecole de Bordeaux* ; M. Duphil (4 inscriptions, bourse entière) ; M. Beille (8 inscriptions, bourse entière) ; M. Deveaux (12 inscriptions, bourse entière). — *Ecole de Lille*, M. Quilliet (4 inscriptions, bourse entière). — *Ecole de Montpellier* ; M. Cros (4 inscriptions, bourse entière). — *Ecole de Nancy* ; M. Daviot (bourse entière), M. Marotte (demi-bourse, 4 inscriptions).

BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE DE LA VILLE DE PARIS. — M. le Dr Deschamps vient de déposer au Conseil municipal la proposition suivante : « Une subvention municipale de 6,000 francs est accordée à la Faculté de médecine de Paris, en faveur de cinq élèves n'ayant pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Cette subvention est applicable à la fondation de bourses d'études de 1,200 francs chacune. Ces bourses ne peuvent

© BIU Santé

être accordées qu'aux élèves nés à Paris, ou dont les parents y sont domiciliés. Ces élèves devront avoir suivi les cours de la Faculté depuis deux ans au moins.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences vient de procéder à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie ; M. Sappey a été nommé par 33 voix contre 10 données à M. Ranvier et 8 à M. Dastre (il y a eu 2 bulletins blancs).

ASILES D'ALIÉNÉS. — 1° *Concours pour la bourse de voyage.* — Cette *bourse de voyage* (2.000 fr.) a été accordée à M. le Dr PICHON, chef de clinique de la Faculté. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : *Ventricule latéral ; Diagnostic différentiel de la paralysie générale.* — 2° *Concours de l'internat.* — La question écrite a été : *Artères de l'encéphale, circulation cérébrale ;* — les questions restées dans l'urne étaient : *Substance grise de la moelle ; — Lobe cérébral antérieur.* — Questions orales : 1° *Symptômes et marche de la scarlatine régulière ; anthrax,* — 2° *Signes et diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire ; fractures de la clavicule ;* — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° *Diagnostic de la pleurésie aiguë ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ;* — 2° *Ulcère simple de l'estomac ; diagnostic des luxations de l'épaule ;* — 3° *Erysipèle de la face ; fractures du col du fémur ;* — 4° *Signes et diagnostic du rétrécissement uréthral : hydrocèle de la tunique vaginale.*

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La deuxième session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique en 1886 s'ouvrira le 28 décembre prochain. La durée de cette session sera de dix jours.

EPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A LORIENT. — On nous communique la note suivante : Une épidémie de fièvre typhoïde, qui semble cependant restreinte au régiment d'artillerie et aux quatre compagnies d'infanterie de marine, a éclaté dans les casernes de ces troupes à Lorient.

HÔPITAUX CIVILS DE MUSTAPHA. — MM. G. Hanoune et L. Labbé, internes en médecine, sont nommés *internes de 1re classe* à l'hôpital. — Le concours de cette année pour 3 places d'internes au même hôpital vient de se terminer par les nominations suivantes : *Internes titulaires :* MM. Destot (Lyon), Morin (Bordeaux), Peano (Blidah, Ecole d'Alger) ; *internes provisoires :* MM. Marini et Schwartz (Alger).

LE NOUVEL HÔPITAL POUR LES CONTAGIEUX A MILAN. — Le Conseil communal de Milan a approuvé la construction de ce nouvel hôpital qui s'élèvera à Dorgano, sur un espace d'environ 6754,52 mètres carrés suivant le projet Giachi et comprendra des pavillons spéciaux pour les malades en observation, les varioleux, diphthériques, etc. (*Gazz. degli ospedali*, 5 déc. 1886).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret en date du 11 décembre 1886, M. BERTHELOT (de l'Institut), sénateur, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. Edmond PERRIER commencera son cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), mercredi prochain, 15 décembre 1886, à deux heures et demie de l'après-midi, dans la galerie de zoologie, et le continuera à la même heure, les mercredi et vendredi de chaque semaine. Le professeur exposera méthodiquement, dans une série de leçons successives, l'histoire complète des embranchements inférieurs du règne animal ; il traitera, cette année, des protozoaires et des zoophytes. Des conférences réservées aux candidats à l'agrégation et au doctorat inscrits au laboratoire auront lieu le samedi.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal : *la Province médicale*, rédigé par le Dr Augagneur (de Lyon). Ce journal paraîtra à Lyon tous les samedis. — L'*Igea* (*Revista sanitaria e d'Igiene*), journal d'hygiène, vient aussi de paraître à Rome pour la première fois. Nous souhaitons bon succès à ces deux publications. — Deux nouveaux journaux de médecine viennent de paraître en Afrique. L'un (sud de l'Afrique) se publie sous le titre de *South African Medical Journal*, à Cathcast (colonie du Cap) ; l'autre, publié sous le titre : *Thifaa*, en langue arabe, paraît tous les mois en Egypte.

PHARMACIENS IMPROVISÉS. — La banlieue de Paris était parcourue, depuis quelque temps, par des individus qui, munis de papiers paraissant parfaitement en règle, se présentaient dans les maisons, offrant des médicaments, des boîtes de secours, des pharmacies de campagne et de voyage, etc., le tout bien au-dessous du tarif habituel des pharmaciens. Beaucoup de personnes s'empressaient d'acheter à ces hommes, qui leur annonçaient que les marchandises provenaient de liquidations de maisons de droguerie, et qu'étant eux-mêmes pharmaciens, ou tout au moins élèves en pharmacie, ils garantissaient les produits. Le commerce prospérait ; mais récemment des agents ont arrêté ces colporteurs. Deux d'entre eux — ils sont huit — sont vraiment, il faut le déplorer, élèves en pharmacie. (*Paris*)

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La Société d'Anthropologie de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1887 et proclamé : Président, M. Magitot ; premier vice-président, M. Pozzi ; deuxième vice-président, M. Mathias-Duval ; secrétaire général, M. Letourneau ; secrétaire-adjoint, M. Hervé ; secrétaires annuels, MM. Manouvrier et Fauvelle ; conservateur des collections, M. Chudzinski ; archiviste, M. Dally ; trésorier, M. de Ranse. — La commission de publication est composée de MM. Dureau, Lagneau et Thulié.

La troisième conférence Broca a eu lieu à la Société d'Anthropologie, le jeudi 9 décembre, à 4 heures. M. le Dr Hamy (E.-T.) fera cette conférence sur les Races humaines de la vallée du Nil. Elle a été suivie de la lecture du rapport sur le prix Broca, par M. Chudzinski.

NÉCROLOGIE. — Les obsèques civiles d'Auguste DONNAT, étudiant en médecine, ont eu lieu dimanche dernier, à Passy, au milieu d'un grand concours d'amis. Au Père-Lachaise, M. Yves Guyot, M. Ch. de Larivière, directeur de la *Revue Générale*, lui ont dit un adieu ému au nom de cette jeunesse dont Auguste Donnat était l'un des types les plus parfaits. Une députation des étudiants en médecine a déposé sur la tombe une magnifique couronne. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Cl.-E. BEUGNIEZ, économe de la Salpêtrière depuis plus de 18 ans, décédé le 12 décembre, à l'âge de 54 ans. C'était un excellent homme très dévoué à ses fonctions. — M. le Dr LEBRIS, à la Grande-Sauve (Gironde). — M. le Dr GRELLOIS, ancien médecin principal de l'armée, à Paris. — M. le Dr Jules BROGNIART, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Contrexéville, décédé le 9 décembre 1886, à Paris. — M. le Dr Henry TUFFIÈRE, décédé à Montoire (Loir-et-Cher). — M. le Dr LAFFEYRE, professeur d'hygiène et médecine légale à l'Ecole de médecine de Nantes, et professeur d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure des sciences de la même ville ; il était médecin des hôpitaux de Nantes.

AVIS A MESSIEURS LES MÉDECINS. — Un aide-garçon de recettes à la Banque de France depuis 7 ans, ne travaillant que les 6 jours d'échéances désirerait faire courses et recouvrements pour Docteurs-Médecins. Bonne tenue, écrire Labourdette, 24, rue d'Aboukir ou à la Banque, bureau de M. Laroche.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Gitez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

BINET (A.) et FÉRÉ (Ch.). — Le magnétisme animal. Vol in-8 cartonné de 284 pages, avec 15 figures. — Prix : 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

DECHAUX (P.-M.) — La saignée d'Hippocrate. Vol in-18 de 280 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie G. CARRÉ, 112, boul. Saint-Germain.

VERRIER (E.). — De la deuxième enfance. — Hygiène, éducation. Broch. in-8 de 45 pages.

LES ASILES JOHN BEST à Laforce (Dordogne), reconnus par l'Etat comme établissements d'utilité publique. Broch. in-18 de 98 pages. — Paris, 1886. — Librairie protestante.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT continue chaque mardi ses conférences cliniques à la consultation de la Salpêtrière. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. IV. N° 52. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 DÉCEMBRE 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hygroma prérotulien calcifié, extirpation, guérison ;

Par A. ROUTIER, chirurgien des hôpitaux.

L'étude d'un cas d'hygroma calcifié de la bourse prérotulienne que j'ai observé à l'hôpital Laënnec m'avait amené à faire quelques recherches sur le meilleur traitement à opposer à l'hygroma chronique en général ; j'ai été devancé dans cette voie par M. le Dr Houzel (de Boulogne) qui vient de publier dans la revue de chirurgie, (*n° de septembre* 1886), un travail absolument analogue, dont j'adopte du reste les conclusions en préconisant encore plus que l'auteur l'extirpation de l'hygroma chronique, opération qui s'impose quand les parois de la poche sont calcifiées, cette dernière opinion fut professée par la Société de chirurgie à propos de la discussion que souleva un cas analogue présenté par M. le Dr Pamard.

J'ai par devers moi trois cas d'extirpations d'hygroma suivis d'une guérison rapide, je veux dire de réunion sans suppuration. Deux de ces cas se rapportent à l'hygroma prérotulien, le troisième était un hygroma du coude.

Sauf dans ce dernier cas où la peau était très mince et très adhérente, j'avoue n'avoir pas rencontré dans cette opération des difficultés suffisantes pour me faire adopter les injections préalables à la parafine, préconisées par mon excellent maître et ami, le Dr Pozzi.

Avec un peu de soin on enlève bien toute la poche ; la partie en rapport avec la rotule pourrait toujours être grattée si on trouvait trop de difficultés à la disséquer.

J'ajoute que, dans les trois cas que j'ai opérés, il y avait des corps étrangers libres ou pédiculés dans la cavité de l'hygroma, et ce fut pour moi une indication de plus pour en pratiquer l'extirpation ; c'était là en effet une cause incessante d'irritation, car le plus léger traumatisme de la région provoquait des poussées d'inflammation dans ces bourses séreuses.

Ceci dit, je me contenterai de rapporter l'observation de l'hygroma calcifié que j'ai enlevé. Dans ce cas, par exemple, j'ai éprouvé de grandes difficultés ; d'abord, la poche était ouverte, et deux fistules cutanées existaient depuis plusieurs mois quand j'ai vu la malade.

De plus, l'infiltration des tissus par les sels calcaires n'existait pas seulement dans une région circonscrite comme devraient l'être les parois d'un hygroma ; au contraire, cette infiltration était diffuse, et je dus procéder par grattage avec la curette tranchante.

Après avoir gratté et enlevé toute la portion qui contenait des grains calcaires visibles ou tangibles, je poursuivis le grattage, et alors même que les tissus semblaient souples au toucher et qu'on ne pouvait y soupçonner aucune incrustation, l'analyse chimique y a révélé les mêmes sels minéraux que dans les concrétions.

Voici cette observation :

La nommée Ga... Vict..., âgée de 53 ans, entre le 17 novembre 1885 dans le service de chirurgie à l'hôpital Laënnec, où j'avais l'honneur de remplacer M. le Dr Nicaise.

Depuis 3 ans environ, cette femme voit survenir de temps à autres, sans cause bien appréciable, du gonflement dans sa région prérotulienne droite, gonflement qui persiste de 4 à 6 jours, puis disparaît.

Elle affirme que la grosseur ne disparaissait jamais entièrement et qu'il y avait toujours quelque chose en avant de son genou droit plus gros que du côté gauche.

Ces poussées aiguës évoluaient d'une façon assez bénigne pour ne pas l'obliger à garder le lit.

Mais au début de septembre 1885, une atteinte plus forte se montra, qui la rendit vraiment malade et elle se vit contrainte de cesser son travail de couture pour se mettre au repos absolu. Elle appliqua des cataplasmes sur sa tumeur qui finit, dit-elle, par aboutir et donna quelques gouttes de pus séreux par deux orifices très étroits qui s'étaient produits spontanément.

Quand je la vis pour la première fois, en novembre, ces deux orifices existaient encore, laissant suinter un liquide gommeux un peu louche.

Le stylet ne pouvait y pénétrer, mais on sentait un frottement rugueux, qui ne pouvait être la rotule mise à nu, je reconnus un hygroma calcifié.

Je résolus dès lors de l'enlever ; la malade refusa pendant un certain temps toute opération ; cependant, voyant que la guérison n'arrivait pas, elle se décida le 7 décembre.

Les parties voisines de l'hygroma étaient à tel point enflammées et adhérentes, la peau surtout, que je ne pus songer à en faire l'extirpation méthodique ; aussi, enfonçant de force une sonde cannelée dans le plus gros des orifices, je débridai au bistouri suivant l'axe du membre, puis je fis une incision perpendiculaire à la première, dépassant un peu la limite de la poche.

J'enlevai facilement la portion placée au-devant de la rotule ; mais l'infiltration avait envahi la peau et les tissus circum rotuliens, si bien que renonçant à l'extirpation au bistouri, je pris une curette tranchante et me mis en devoir de gratter tous les points suspects d'infiltration.

Je dus ainsi descendre sur les parties latérales de la rotule, et surtout au-dessous, et de chaque côté du ligament rotulien. Quand tout me parut bien lisse, bien souple, je touchai les parois de la cavité ainsi formée avec une solution de chlorure de zinc à 10 0/0.

J'avais dû sacrifier une partie de la peau, ce qui en restait avait été fortement gratté pour le débarrasser des grains calcaires infiltrés dans la partie profonde du derme, aussi me fut-il impossible de réunir.

La plaie fut donc laissée ouverte et pansée avec des tampons de gaze iodoformée. Le membre, immobilisé par une demi-gouttière plâtrée qui prenait de la partie moyenne de la jambe à mi-hauteur de la cuisse.

Notre antisepsie fut telle, que le 16 décembre, 11 jours après l'opération, les tissus n'avaient pas bougé, il n'y avait pas la moindre trace de suppuration, on aurait dit une plaie fraîche. J'abandonnai pour quelques jours l'iodoforme que je fis remplacer par des bandelettes de diachylon imbriquées. L'effet demandé ne se fit pas attendre : le second jour de ce pansement la suppuration commençait. Je repris le pansement à l'iodoforme qui modifia la suppuration en la diminuant.

Mais ces tissus se réparaient mal, le bourgeonnement était lent, et ce n'est qu'après deux mois que la guérison fut obtenue. Voici l'analyse chimique due à l'obligeance de M. X..., interne en pharmacie du service.

Analyse des calcaires trouvés dans l'hygroma du genou. — La substance à examiner, traitée par l'acide chlorhydrique dilué dans un ballon muni d'un tube à dégagement, a laissé dégager un gaz troublant l'eau de chaux. Il y avait donc un carbonate.

© BIU Santé

La liqueur filtrée, traitée par le molybdate d'ammoniaque a donné un précipité jaune assez abondant de phosphomolybdate d'ammoniaque soluble dans l'ammoniaque.

Deux petits grains de sel calcaire, débarrassés de fibrine, traités par l'acide azotique, puis l'ammoniaque n'ont pas fait déceler de traces d'acide urique. Absence égale d'acide chlorhydrique et d'acide sulfurique. Le sulfocyanure de potassium donne avec une portion de la liqueur une coloration légèrement rosée, semblant indiquer des traces de fer.

La potasse donne un précipité floconneux d'hydrate, qui, séparé, lavé et dissous dans l'acide chlorhydrique étendu donne avec l'oxalate d'ammoniaque un précipité pulvérulent d'oxalate de chaux, insoluble dans l'acide acétique et l'acide oxalique, mais soluble dans l'acide chlorhydrique : caractère des sels de chaux. Pas de magnésie; également point de potasse ni de soude.

En résumé : La substance analysée est formée de carbonate et de phosphate de chaux, avec des traces de fer. L'acide carbonique est en plus faible proportion que l'acide phosphorique.

Cette observation m'a paru curieuse à relater à cause de la rareté des hygromas calcifiés, à cause de la difficulté que j'ai éprouvée à enlever tous les tissus infiltrés de sels calcaires, enfin, à cause de la lenteur de la cicatrisation due sans doute à cet état particulier du tissu cellulaire dont la calcification semble indiquer une vitalité relativement faible.

On peut en tirer cette conclusion que, dès qu'un hygroma présente des parois épaisses et indurées, il sera prudent de l'enlever sans attendre l'envahissement calcaire possible.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ASILE SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN.

Considérations générales sur la folie. (Des héréditaires ou dégénérés) (*fin*) (1).

En résumant les diverses opinions émises sur l'étiologie des dégénérescences mentales, on voit que la question a été étudiée sous tous ses aspects.

Pour M. Falret, c'est l'influence héréditaire des ascendants dont il faut tenir compte. M. Christian a attiré plus particulièrement l'attention sur l'état des parents au moment de la conception; M. Bouchereau insiste sur les maladies de la grossesse; enfin M. Cotard incrimine les maladies du jeune âge. Pour notre part, nous reconnaissons l'existence de toutes ces causes, mais nous ne pouvons nous empêcher d'attribuer la plus large part aux influences héréditaires. Tels sont, contre la dénomination d'héréditaires, les principaux arguments qui tombent par l'adjonction du mot dégénérés.

Avant de passer aux critiques de détail adressées par M. Falret à la folie des héréditaires ou dégénérés, tel que nous l'avons constitué, il est nécessaire de relever quelques erreurs de la doctrine de Morel, erreurs qui semblent avoir pesé sur l'argumentation de M. Falret. Nous devons beaucoup à Morel pour l'étude des héréditaires, mais, il faut bien le reconnaître, ce maître distingué s'est mis, sur plusieurs points, en désaccord avec la clinique. Ainsi Morel a créé le délire émotif à titre de maladie distincte avec des éléments propres à la folie des dégénérés. Ses observations sont des plus démonstratives sous ce rapport, et toutes se rangent, sans le moindre effort, dans le cadre de la folie des dégénérés. D'autre part, peut-on admettre comme forme indépendante sa folie hypochondriaque, qu'il place à côté des folies épileptique et hystérique, considérant l'hypochondrie comme une névrose traitée sur le même pied que l'épilepsie et l'hystérie. Or, les hypochondriaques de Morel ne sont, pour la plupart, que des héréditaires dégénérés ou des délirants chroniques. Le délire hypochondriaque est une des formes délirantes de notre groupe et s'ajoute aux autres délires, ambitieux, mélancolique, mystique, érotique, etc., affectant, d'ailleurs, les mêmes caractères que ces derniers, au point de vue du mode d'apparition et de la marche.

Voici un exemple instructif sous ce rapport :

J'ai eu, il y a quelques jours, l'occasion d'observer une jeune dame qu'i m'a été adressée par M. Mierzejewesky, le savant professeur de la Faculté de Pétersbourg. Très émotive, elle raconte que, depuis quelque temps, après la triste nouvelle de la mort *subite* d'un ami dont la santé paraissait excellente, elle s'est figurée qu'à son tour elle mourrait subitement; elle s'est crue affectée de tænia et a fait un traitement approprié contre ce parasite imaginaire. Elle a fouillé dans des livres de médecine et elle a bâti à son usage des théories plus ou moins étranges; elle est très préoccupée surtout de s'assurer la régularité des battements de l'*artère du sommeil*, c'est une artère pleine de vigilance, située à côté du cou et dont le libre jeu est la seule garantie de la vie. Sous l'influence de ces préoccupations hypochondriaques le sommeil est troublé, la malade est triste et, par moments, saisie de peur, en proie à de vives inquiétudes, elle est prise de violentes palpitations. Voilà les phénomènes saillants, ceux dont parle la famille disposée à ne pas voir autre chose et répondant par la négative aux autres questions du médecin. Toutefois, en insistant, on parvient à reconstituer une histoire pathologique non dénuée d'intérêt. Notre interrogatoire sur les antécédents héréditaires éveillant certaines susceptibilités, nous avons dû glisser rapidement, notant toutefois que le père, beaucoup plus âgé que la mère, était affecté d'un tic de la tête assez significatif.

Quant à la malade, dès l'âge de douze ans, elle s'est montrée méticuleuse, scrupuleuse; elle habitait une grande propriété à la campagne et donnait parfois aux paysans du voisinage des conseils qu'elle puisait dans un livre d'homœopathie. Quand ses clients guérissaient tout allait bien, mais dès que la maladie se prolongeait notre jeune homœopathe s'inquiétait, se reprochait d'avoir mal soigné ses malades et s'attribuait tous les phénomènes fâcheux qui survenaient; on s'en remettait alors à un médecin pour les soins ultérieurs. Vers cette époque aussi, elle commença à se poser de grands problèmes de métaphysique; elle s'interroge sur l'origine du monde, sur Dieu, sur la Trinité, sur Jésus-Christ, etc. Dans ces interrogations monotones, nombreuses et fatigantes, si elle ne trouve pas une solution un peu satisfaisante, elle s'irrite, s'angoisse, se désespère, elle se sent oppressée, le cœur bat avec force et elle craint de se trouver mal. Ce n'est pas tout : un peu plus tard, apparaît l'obsession des mots injurieux ou malfaisants. Ce sont des mots tels que *cochon*, *Dieu*, *diable*, *maudit*. Ils viennent la troubler subitement dans tous les actes de sa vie et dernièrement le mot *cochon* s'impose à son esprit pendant que le matin elle mangeait un morceau de pain bénit; très superstitieuse, elle en est fortement émue et redoute un malheur. Elle en est encore vivement impressionnée et, au milieu de son récit, ses yeux

(1) Voir *Progrès médical*, n° 51.

© BIU Santé

se remplissent de larmes. Elle éprouve quelques troubles de la sensibilité générale, de la pesanteur sur le front, de la gêne entre les deux yeux, une tension pénible de tout le haut du visage. Telle est notre malade hypochondriaque que la déséquilibration mentale et les stigmates psychiques (folie du doute et onomatomanie) rangent, sans conteste, dans le groupe des héréditaires ou dégénérés.

C'est en cédant à des considérations analogues à celles que nous venons de critiquer que M. Falret a cru devoir présenter quelques objections, d'ailleurs secondaires, à la constitution de notre groupe des héréditaires ou dégénérés. M. Falret suppose que j'en étends trop les limites ; il voudrait laisser en dehors quelques anormaux qui ne pèchent que par quelques bizarreries de caractère. Il s'agit de serrer de près la question et de voir ce que sont ces névropathes, ces émotifs, ces hypochondriaques, en un mot, ces anormaux cantonnés par certains médecins sur les frontières de la folie ; si ces sujets, en effet, présentent des caractères analogues à ceux des dégénérés réputés aliénés, pourquoi ne les rangerions-nous pas dans le même groupe ? Voyons des exemples : Un déséquilibré vit dans la société, gère ses affaires, occupe une situation plus ou moins importante et, en dehors de sa famille et de ses intimes, personne ne soupçonne sa déséquilibration mentale ; on sait toutefois que par moments, cet homme a la singulière manie de prononcer, en dehors du courant de ces idées, certains mots grossiers ou non, peu importe, il a conscience de la bizarrerie de ces étranges apostrophes, il sait qu'il a tort d'agir ainsi, mais il est obligé de céder à ce besoin irrésistible de projeter au dehors l'image tonale qui, analogue à la décharge électrique, s'échappe du centre cortical. Pour le public, c'est un original et pour beaucoup de médecins un simple prédisposé, et cependant y a-t-il, au point de vue de la nature de la maladie, une différence avec cet autre déséquilibré qui, lui, n'a pas un mot à projeter au dehors, mais bien un choc et qui, sans nul motif, est poussé à porter un coup violent sur le passant inoffensif placé devant lui ?

Un jeune homme de vingt ans nous en fournira aujourd'hui même un exemple ; nous verrons aussi une malade qui subitement, irrésistiblement, sans nul motif, jette à terre ce qu'elle tient dans sa main ou qui se trouve à sa portée. C'est ainsi qu'elle a failli tuer son enfant qu'elle tenait dans ses bras et que subitement, irrésistiblement elle a jeté à terre.

Celui qui donne un coup n'est plus regardé comme un original, c'est un aliéné dangereux et cependant le trouble fonctionnel n'est-il pas le même ? Que se passe-t-il là, en effet, n'est-ce pas encore un besoin irrésistible de mouvement, une décharge d'un centre en état d'éréthisme ? Dans les deux cas il y a d'abord lutte, résistance, mais peu à peu le centre surexcité s'émancipe, échappe à l'action modératrice des centres supérieurs, c'est-à-dire à la volonté. Le sujet qui prononce le mot malgré lui, celui qui frappe malgré lui, sont pour le clinicien des malades du même groupe. La nature du phénomène est la même, les conséquences de l'acte seules diffèrent.

Poursuivons : Le déséquilibré qui, ne trouvant pas un mot s'inquiète, se lamente, s'angoisse, se sent oppressé jusqu'au moment où il parvient à procurer à son centre cortical l'image tonale désirée ; ce sujet n'est-il pas le même que le dipsomane qui s'attriste, s'excite, s'exaspère tant qu'il ne peut satisfaire le besoin impérieux de boire ? Qu'y a-t-il dans les deux cas, sinon un effort irrésistible pour reproduire une sensation appropriée à un centre déterminé ? Il n'y a donc pas de motif pour séparer ces différents malades, pour exclure ces prétendus prédisposés du cadre des héréditaires ou dégénérés. D'autre part, si je fais entrer dans le cadre de la folie des héréditaires ou des dégénérés, l'idiotie, l'imbécilité, la débilité mentale, c'est-à-dire si je suis par gradations successives la gamme intellectuelle dans ces différentes dégénérescences, c'est pour mieux comprendre l'état mental des héréditaires qui sont les dégénérés les plus élevés dans l'échelle mentale. Ce n'est d'ailleurs que par cette étude comparative que l'on parvient à se bien pénétrer de la désharmonie des facultés, du défaut d'équilibre du moral et du caractère.

En second lieu, M. Falret pense qu'en dehors même de ces prétendus prédisposés, je comprends à tort dans le groupe des héréditaires ou des dégénérés, des états pathologiques considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes. C'est, au contraire, le principal avantage de l'étude synthétique des héréditaires ou dégénérés que de pouvoir réunir dans un même cadre des syndromes de manifestations différentes, il est vrai, mais émanant tous de ce même fonds, de la déséquilibration mentale, si caractéristique de l'héréditaire. C'est parce que le mécanisme cérébro-spinal se trouve faussé d'une certaine manière, que peuvent se produire tous ces phénomènes si bizarres que j'ai désignés sous le nom de syndromes épisodiques, et qui se résument en obsessions, en impulsions, en phénomènes d'arrêt, en phénomènes *inhibitoires* dont l'aboulie nous fournit des exemples. Ces syndromes ne se développent que chez les seuls dégénérés ; ils méritent d'être considérés comme les stigmates psychiques de la folie des héréditaires. D'ailleurs, la clinique se charge elle-même de démontrer que ces syndromes sont bien des phénomènes du même ordre, puisqu'on les voit en plus ou moins grand nombre réunis chez le même sujet et qu'il est rare de trouver des malades qui n'en présentent qu'un seul.

Nous avons encore dans le service, mais très améliorée, une malade que nous avons examinée l'année dernière et dont l'axe cérébro-spinal est déséquilibré en son entier. Cette femme perd par moments, tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Tantôt c'est un mouvement limité d'un membre, d'autres fois, ce sont des mouvements combinés, tels que le frottement d'une main contre l'autre, la marche en avant, sans pouvoir s'arrêter. La moelle est donc émancipée et n'obéit plus à l'influence psycho-motrice. Puis ce sont des rires, des pleurs involontaires, sans nul rapport avec l'état cénesthétique du sujet, traduisant ainsi l'action indépendante de la protubérance. Dans d'autres moments, elle prononce des mots qu'elle ne voudrait pas dire ; si elle essaye de résister, elle éprouve du malaise, elle est angoissée, elle se sent suffoquée ; quelquefois, elle se retire dans un lieu écarté, et, une fois seule, elle prononce le mot et se sent soulagée ; quoi qu'il en soit, les images tonales échappent à l'action volontaire et dénotent l'indépendance des centres corticaux postérieurs. Enfin, dans quelques circonstances, ce n'est pas un mot, mais tout un discours qu'elle est forcée malgré elle de prononcer, ou bien encore des chants involontaires, manifestant ainsi la déséquilibration des centres cérébraux antérieurs. Ce n'est pas tout, parfois elle est poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent, elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre, restant quelquefois très longtemps sous le

© BIU Santé

coup d'une décharge de la région psycho-motrice. D'autres fois encore ce sont des phénomènes *inhibitoires*, des phénomènes d'arrêt qui se produisent; debout, la malade ne peut plus s'asseoir, ou bien assise, elle ne peut plus se lever. Elle offre encore, vous vous le rappelez, des perversions sexuelles, qui en font successivement une *spinale*, une *spino-cérébrale postérieure* et une *spino-cérébrale antérieure*. Telle est cette série de syndromes épisodiques, différant les uns des autres, mais se trouvant tous, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, sous la dépendance étroite de la déséquilibration du système cérébro-spinal.

Une autre malade, que nous examinerons aujourd'hui, âgée de 69 ans, s'est vue en proie, à diverses périodes de sa vie, à des impulsions suicides, à des impulsions homicides; elle a été obsédée par l'idée du nombre et elle comptait les fenêtres d'une maison, les carreaux d'une fenêtre, elle suivait une série très longue de nombres pairs. Enfin sous le coup de perversions sexuelles, s'introduit des serviettes dans le vagin pour se livrer à l'onanisme. Ces faits, de multiplicité de syndromes chez le même sujet, ne sont pas rares aujourd'hui, où les observations sont plus complètes, et il est même exceptionnel de voir un dégénéré réduit à un seul de ces stigmates psychiques. Vous consulterez avec fruit, sous ce rapport et aussi pour les questions générales que je n'ai fait qu'ébaucher, le mémoire, couronné par la Société médico-psychologique, de M. Saury, sur la folie des héréditaires, et la thèse de M. Legrain, dont je vous ai déjà parlé, sur le délire chez les dégénérés. L'examen des malades, que nous allons faire ensemble, fixera dans votre esprit quelques-uns des points les plus importants de cette étude clinique.

Observ. I. — *Dégénérescence mentale. — Fugues. — Impulsions au suicide et à l'homicide. — Peur de l'eau. — Arithmomanie. — Perversions sexuelles.*

Mme C..., âgée de 69 ans, est entrée le 30 septembre de cette année, au Bureau d'admission. Elle a toujours été bizarre, et d'une mobilité d'esprit extraordinaire pendant toute sa vie, et surtout depuis une quarantaine d'années elle a présenté une série d'obsessions et d'impulsions dont voici brièvement l'histoire : Vers l'âge de 12 ou 14 ans, elle fait une série de fugues, absolument non motivées Elle avait un besoin irrésistible de mouvement. Depuis quelques années, même mobilité. Mme C... vit chez l'un ou chez l'autre, en vraie nomade, sans pouvoir se fixer nulle part. Il y a 45 ans, à la suite d'une couche, apparaît l'obsession du suicide, sans aucune idée préconçue, sans qu'elle sût pourquoi. Ces mêmes obsessions sont revenues par la suite d'une manière assez intermittente, mais toujours avec un caractère absolu d'irrésistibilité. Elle est partie plusieurs fois de chez elle pour se jeter à l'eau, tout en se disant : « Comme c'est absurde cette idée-là! » Cette obsession du suicide a engendré un autre syndrôme : la *terreur de l'eau*. Depuis 40 ans, la malade n'avait pas pris de bain, parce qu'elle avait peur de s'y noyer. C'est une idée qui l'obsède. Depuis quelque temps, des impulsions homicides ont apparu. Mme C... a peur de tuer ses enfants ou d'autres personnes, et soigneusement, elle enferme les couteaux pour éviter de faire un malheur, si elle venait à manquer de force pour résister à l'impulsion. Pendant toute sa vie, elle a encore été poussée irrésistiblement à compter mentalement toute espèce d'objets. « C'est pour me distraire, » dit-elle; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est absolument incapable de s'en empêcher quand cette idée intervient. Enfin, il y a eu des impulsions dans la sphère génitale. Mme C..., âgée de 69 ans, ressent depuis 5 ou 6 ans un appétit génital instinctif, qu'elle ne peut réprimer et dont elle souffre très fort moralement. Quand l'excitation survient, elle s'onanise, et s'introduit une serviette dans le vagin. « C'est plus fort que moi, dit-elle, après je le regrette. » La mère de Mme C... était complètement déséquilibrée; son père, quoique cultivé, s'adonnait à la boisson; son frère est déséquilibré, exalté et buveur. Elle a eu neuf enfants tous mal équilibrés, mobiles comme elle, l'un d'eux est faible d'esprit, *épileptique*, et d'une moralité douteuse.

Observ. II. — *Débilité mentale. — Impulsions à jeter : jette son enfant à terre.*

G..., Berthe, âgée de 28 ans, entre à l'Admission, le 17 juin 1886.

C'est une faible d'esprit, présentant une légère asymétrie faciale. Elle a toujours blésé en parlant, mais depuis six ans surtout, elle bredouille, parle très vite, répète des mots inutilement dans le discours; on la comprend difficilement, et l'on est obligé souvent de l'inviter à répéter certains mots. Trois ans avant son entrée, elle présentait des impulsions fréquentes sur lesquelles son amant a donné quelques renseignements, mais qui n'a rien pu nous dire au sujet des antécédents héréditaires de la malade. Les seuls actes maladifs présentés par celle-ci, sont relatifs à l'impulsion à lancer ou à jeter un objet qu'elle tient à la main, ou qu'elle prend à côté d'elle. Ces impulsions n'existent pas constamment, elles naissent tout à coup, sans qu'aucune cause apparente préexiste. Tout à coup, on voit la malade, qui un instant auparavant était calme, lancer à terre un objet quelconque; puis tout rentre dans l'ordre; la malade, qui a assisté consciemment à l'accomplissement de l'acte, en est étonnée et affectée. Elle déclare, qu'en aucune façon, elle n'a été capable de se retenir. Et de fait, l'acte est accompli à froid, sans colère. Parfois la malade résiste, mais l'impulsion est plus forte, et l'objet est jeté. S'il y a résistance, elle éprouve des symptômes physiques bien connus en pareil cas : pâleur de la face, serrement à l'estomac. De même, lorsque l'acte est accompli, elle se sent soulagée. C'est ainsi que depuis trois ans, elle casse tout chez elle; ce sont surtout les ustensiles de cuisine et la vaisselle qu'elle brise. Pendant le repas, au moment où elle est en train de manger, l'idée lui vient de jeter à terre un litre de vin, une assiette; aussitôt l'acte est accompli D'autres fois, elle lance des objets contre son entourage, sans avoir l'intention de faire du mal. C'est ainsi qu'elle a lancé une bouteille à la tête d'une dame qui lui venait en aide pour son ménage, et qui lui prête de l'argent; elle ignore pourquoi elle l'a fait et s'en repent amèrement. Elle pleure, disant que ce n'est pas sa faute, que c'est plus fort qu'elle, qu'elle n'a aucune intention méchante. Il y a un an, elle dinait avec son mari à la terrasse d'un restaurant. Pendant le repas elle saisit la bouteille et la brise contre terre. Elle fait cela très simplement, sans colère, sans qu'il y ait eu altercation, sans être grise. Un autre fait qui eût pu avoir des conséquences plus graves est le suivant : Elle se promenait un jour tenant son enfant dans ses bras; tout à coup elle le lance irrésistiblement sur le gazon. Entrée à l'Admission le 17 juin, elle ne tarde pas à se calmer. Plusieurs impulsions se sont pourtant produites : Le 20 juin, elle lance tout à coup à terre sa timbale, sa cuiller et un vase contenant de l'huile qui se trouvait à côté. Nous la voyons quelques minutes après, et nous la trouvons calme, regrettant ce qu'elle venait de faire. Elle avait cherché à se retenir deux ou trois fois. Le lendemain, elle lance à terre un bol qu'elle tenait à la main. Même attitude, mêmes explications.

Observ. III. — *Débilité mentale. — Mouvements irrésistibles. — Impulsions à imiter les mouvements. — Onanisme. — Frigidité. — Délire ambitieux.*

P..., Alfred, âgé de 21 ans, est un enfant naturel. Sa mère est morte lorsqu'il était encore tout jeune; ses grands parents maternels l'ont élevé. Il n'a pas fait de graves maladies dans son enfance, et n'a jamais eu d'accidents convulsifs. Cependant il est strabique, il blèse un peu par moments, même il bégaye. La tête est parfois animée dans son ensemble de tics convulsifs. Il a reçu une éducation primaire sommaire. Déjà étant tout jeune il avait des idées baroques, son caractère était bizarre. Faible d'esprit, mal équilibré, il ne pouvait se livrer à un travail suivi. Apprenti imprimeur, il était désordonné dans son métier. A cette époque, il y a 4 ans, il interrompait sa besogne pour exécuter des gestes bizarres. Il remuait le pouce ou le petit doigt de sa main gauche, leur faisant exécuter plusieurs fois de suite des mouvements de subluxation. Pendant

© BIU Santé

son travail, on le voyait parfois tout à coup s'arrêter, ramener le coude au corps et lancer un coup de poing en avant. L'idée de donner un coup de poing ou de remuer le pouce lui traverse, dit-il, l'esprit ; il comprend bien l'étrangeté de sa manie, mais le désir est plus fort que la volonté ; il ne peut se retenir, et se trouve satisfait après le mouvement. Il tire au sort, est envoyé dans l'infanterie de marine à Cherbourg. Au bout de quinze jours, on le réforme, il revient à Paris chez ses parents. A la maison, les mêmes mouvements irrésistibles continuent à s'effectuer ; il fait des grimaces à table et exécute des mouvements avec ses doigts, ou bien il lance un coup de poing. Il avait retenu du régiment les manœuvres préliminaires de gymnastique, les mouvements rhythmés des bras et des jambes. Parfois chez lui il prenait un bâton et le maniait comme à l'école de soldat. Ou bien encore il se tenait debout, comme à l'exercice militaire, tenait les coudes au corps et exécutait les différents mouvements qu'on lui avait appris à Cherbourg. Il commençait par prendre l'attitude fixe, ensuite se courbait en avant, mettait les coudes au corps, étendait les bras. Ces mouvements étaient rapides et rhythmés, il les exécutait un grand nombre de fois. Ajoutons qu'aucun de ces mouvements n'avait la moindre utilité ; ils étaient accomplis par le malade, sans qu'il pût les réprimer un seul instant. Avant de se coucher il était encore obsédé par l'idée d'agir ainsi, l'impulsion était irrésistible. Il sentait bien le ridicule et la bizarrerie de sa conduite, mais il lui était impossible de se mettre au lit, avant d'avoir fait l'exercice. Après avoir exécuté ces mouvements il était satisfait et pouvait s'endormir. Il y a environ six mois qu'il est en proie à ces impulsions. Depuis un peu plus de deux ans l'idée de s'instruire lui est venue peu à peu. Il voulait devenir savant et lisait tous les livres qu'il pouvait se procurer.

Il se mit à lire le Paradis perdu de Milton et s'imagina ensuite qu'il était devenu Lucifer ; c'était lui le diable. Plus tard, à la suite d'une autre lecture, il aurait désiré se métamorphoser en serpent. Il eut aussi l'idée de chercher la pierre philosophale et de faire de l'or. Il étudia la chimie. Il faisait ses essais sur un poële, faisait rougir des sous, mélangeait du nitre et du soufre, fabriquait de l'eau régale pour dissoudre l'or, etc. Il ramassait des pierres, des cailloux, en remplissait ses poches, les examinait, comme s'ils étaient du minerai d'or, cherchant le moyen d'en extraire le métal précieux. Il s'enfermait quelquefois une heure dans les cabinets d'aisance, étudiait en cachette ses cailloux, de peur qu'on ne surprît son secret. Depuis quelque temps il se laisse aller à son penchant pour l'ivrognerie ; il boit du vermouth et de l'absinthe. « Son père se grisait, dit-il, il suit son exemple et se grise. » Les habitudes d'onanisme sont anciennes chez lui. Il se masturbe le soir en se couchant, et le matin à son réveil. Un jour, en proie à une excitation génésique intense, il entre dans une maison publique et, malgré les caresses d'une femme qui lui plaît et son ardent désir de cohabitation, il reste totalement frigide. Parfois il a des éjaculations la nuit au milieu de rêves lascifs. Depuis qu'il est dans le service il ne lance plus son poing en avant, il ne remue plus le pouce, il ne fait plus aucun mouvement avant de se coucher. Ses idées ambitieuses, en partie disparues, persistent néanmoins encore, il ramasse de temps à autre des cailloux et il en a constamment dans ses poches. Mais un autre phénomène s'est produit : il obéit à des impulsions d'une autre nature ; il imite les attitudes de certains malades, et contrefait irrésistiblement leurs gestes. Placé à table à côté d'un hémiplégique droit, il laisse, pendant toute la durée du repas, retomber le bras droit le long de la jambe immobile comme s'il était lui-même paralysé. Il sent bien qu'il est ridicule, mais une force invincible l'empêche pendant un certain temps de reprendre son attitude normale.

Observ. IV. — *Dégénérescence mentale. Coïncidence de nombreux syndromes (Délire du toucher, folie du doute, agoraphobie, tics convulsifs, mouvements irrésistibles). Déséquilibration intellectuelle. Hérédité similaire. Délire du toucher chez la mère, tics chez les collatéraux.*

M. B..., âgé de 41 ans, est un malade qui présente un très grand intérêt clinique, en raison du nombre considérable de syndromes dont il a souffert jusqu'à présent. Intelligent, il rend très exactement compte de toutes ses sensations.

Il n'y a rien à signaler dans son enfance, si ce n'est le début de son délire du toucher ; mais nous y reviendrons plus loin pour ne pas scinder la description du syndrome. Pas de mauvais instincts. De 17 à 21 ans, il apprend très convenablement le métier d'horloger. Il ne se souvient pas d'actes bizarres à cette époque. Pas de chorée. Mais, fait remarquable, car c'est un stigmate que l'on rencontre encore chez trois membres de sa famille, les orbiculaires palpébraux sont animés de *tics convulsifs*, en quelque sorte à l'insu du malade. Ces tics persistent aujourd'hui. A ces tics des orbiculaires s'en joignaient d'autres dans son enfance ; il haussait les épaules, contractait les muscles du cou : sa mère l'appelait *le grimacier*. Il n'a jamais été très gai ; parfois, il avait des moments d'humeur, et se tenait sans savoir pourquoi loin de ses camarades ; il n'a pas eu d'idées de suicide. D'autres fois, au contraire, il avait des moments d'exaltation avec légère excitation. C'est à partir de 21 ans surtout qu'il est en proie à des obsessions et à des impulsions de toute nature De 21 à 25 ans, le *doute* apparaît. Très bon soldat, très régulier, n'ayant jamais de punition que pour s'être montré trop indulgent pour ses inférieurs, il avait néanmoins des doutes exagérés sur la manière dont il remplissait son devoir, et ses doutes le préoccupaient constamment, « C'était exagéré, dit-il, je le savais bien, mais c'était plus fort que moi. » A 26 ans, il entre dans une grande administration, et il y fait son service très régulièrement. Jusque dans ces dernières années, ses doutes ne se montrent pas très obsédants. Toutefois, ils se manifestent dans les circonstances les plus diverses. Un jour, préparant sa malle pour partir en voyage, il perd son temps à déplacer et à ranger plusieurs fois de suite son linge et ses effets ; il a failli manquer le train.

Depuis quelques années, le doute prend une forme des plus caractéristiques. M. B.. a cloué solidement lui-même des planches dans une chambre de son logement. Vingt fois par jour, l'idée singulière lui vient que, peut-être, ces planches ne sont pas solides. Alors, il n'a pas de repos tant qu'il ne s'est pas assuré d'une chose dont il est par avance absolument certain : il se lève, va toucher les planches, revient, mais, repris aussitôt par le doute, il retourne encore, et ainsi plusieurs fois. Pendant qu'il lit un journal, tout à coup, le doute surgit, il ne comprend plus rien à ce qu'il lit tant qu'il ne s'est pas levé pour s'assurer encore si la planche est solide, etc.

Telles sont ses dispositions au doute ; voici maintenant le délire du toucher. Insistons sur ce fait, que dès la première enfance, il avait la crainte du toucher, qui se trouve ainsi précéder d'une quinzaine d'années la folie du doute. De plus, ce syndrome est héréditairement transmis par la mère. Dès l'enfance, M. B... avait l'impulsion invincible, quand il était à table, de chasser de la main ou du couteau la moindre miette de pain qui séjournait auprès de son assiette. Ce fait très simple avait le don de l'horripiler. Mais l'acte n'avait pas pris simplement les caractères d'une habitude ; il y avait quelque chose de plus ; cette habitude était insurmontable ; de plus, M. B... avait conscience de son côté ridicule ; enfin, si par hasard, il se trouvait en société, et qu'il fut empêché ainsi de se livrer à sa manœuvre habituelle, il éprouvait de l'angoisse jusqu'à ce que, ayant profité d'un instant où les regards étaient loin de lui, il l'eût accompli à la hâte. Alors, le malade éprouvait une véritable satisfaction comme s'il eût accompli une grande tâche. Cette singulière manie lui avait fait décerner dans son milieu le sobriquet de « *balayeur.* »

Cette impulsion est loin d'être guérie. Aujourd'hui elle existe encore avec les mêmes caractères. D'autres préoccupations s'y sont jointes. Le malade procède vis-à-vis de tous les petits points noirs qu'il découvre dans ses aliments, comme il le fait pour les miettes de pain ; il les écarte systématiquement sans pouvoir donner la raison de cette bizarrerie. Toujours est-il que rien ne les lui ferait manger. Plus récemment, M. B... s'est vu dans l'obligation de se laver les mains cinquante fois par jour, à tout propos, dès qu'il avait touché un objet propre ou sale. Cette habitude qu'il a contractée est devenue absolument irrésistible. Elle est à rapprocher du délire du toucher de la mère qui, comme nous le verrons plus loin, était obligée de se laver chaque fois qu'elle avait touché un sou. Enfin, M. B... ne

© BIU Santé

peut plus maintenant toucher la main de quelqu'un sans se l'essuyer immédiatement aux pans de son habit. Si vous lui demandez pourquoi il le fait, il sera bien embarrassé de répondre ; c'est plus fort que lui ; il souffre de cette habitude, car il n'ignore pas ce qu'elle a d'inconvenant. C'est à ce point que, dans la rue, il évite de s'aboucher avec les personnes de sa connaissance pour n'avoir pas à s'essuyer les mains. L'attitude de notre malade est bien caractéristique, et elle répond de point en point à tout ce que l'on sait du délire du toucher. Mais il n'en est pas resté là, et, depuis cinq ans, pendant qu'évoluaient son doute et sa folie du toucher, un autre syndrome, l'*agoraphobie* est apparu.

A cette époque, M. B... commence à éprouver parfois, dans la rue, des malaises singuliers dont il a parfaitement conscience et qu'il ne peut en aucune façon s'expliquer. A la vue d'une surface lisse, sur laquelle il est obligé de marcher, d'un trottoir mouillé, d'une rue un peu large, et à plus forte raison d'une grande place, il lui est impossible d'avancer, il reste cloué au sol, et il éprouve un très grand malaise ; il a des vertiges, il voit tout trouble, il lui semble que le sol se dérobe sous ses pas, ou qu'il court en sens inverse de la direction qu'il prend, ses jambes tremblent, une sueur froide inonde son front, il ressent une angoisse précordiale et il est obligé d'attendre que l'accès soit passé. Ces malaises sont constants depuis cinq années. M. B... s'est aidé d'une canne tout d'abord, puis il s'est arrangé de façon à ne sortir qu'accompagnée de sa femme ; l'aide d'un bras le calme et le rassure. D'ailleurs, pour se rendre à son travail, il choisit les petites rues, marche avec précaution ; s'il rencontre une grande voie, il l'évite, la contourne jusqu'à ce qu'il ait atteint son but. Le séjour entre quatre murs le soulage ; encore est-il que, quelquefois, le passage d'une chambre à un autre lui est pénible. Deux fois, il lui est arrivé de tomber dans son chemin, mais de tomber d'une façon caractéristique. Tout à coup, le malaise le prend, il éprouve l'angoisse précordiale, les jambes tremblent ; sentant le sol se dérober sous lui, il s'accroupit instinctivement et se cramponne aux pavés, jusqu'à ce qu'un bras secourable l'aide à se relever. Enfin, cette infirmité si pénible est la cause que, depuis longtemps, le malade évite de sortir. Lorsqu'il y est obligé, il se prépare de longue main, il est angoissé d'avance et met tout en œuvre pour reculer le moment décisif ; il s'habille, se déshabille plusieurs fois, se lave les mains, se brosse les dents, etc. ; en un mot, qu'on nous passe l'expression « il tue le temps » du mieux qu'il peut.

Voilà donc trois grands syndromes qui évoluent ensemble, et qui plongent notre malade dans une angoisse perpétuelle. Ce n'est pourtant pas tout encore. Son système nerveux est dans un incessant éréthisme, tous ses centres nerveux, très vivement surexcités, se déchargent en quelque sorte constamment ; ils agissent pour leur propre compte, et tout l'axe cérébro-spinal est profondément déséquilibré. Ainsi, du matin au soir, M. B..., produit-il, irrésistiblement, des séries de mouvements complètement inutiles, qu'il se déclare lui-même incapable d'arrêter sans éprouver le malaise caractéristique qui accompagne toujours toute résistance à l'accomplissement d'un syndrome ; anxiété précordiale, sueur froide, étourdissements, etc. Ainsi, à quelque heure de la journée que vous observiez M. B..., vous le voyez en mouvement ; pendant que vous lui parlez, il se frotte les mains, les cuisses ou les flancs, il se gratte la tête ; mais l'attitude qu'il préfère et qu'il nous est impossible d'empêcher est la suivante ; assis sur sa chaise, il la renverse un peu, pour la faire porter sur les pieds de derrière, et, en s'arcboutant d'autre part sur ses jambes, il se balance légèrement d'arrière en avant, en accompagnant ce mouvement du frottement des cuisses avec les mains. Essayez de l'arrêter, vous le voyez aussitôt pâlir, son front se couvre de sueur, il éprouve un grand malaise ; à ce moment, les tics des orbiculaires redoublent d'intensité. Tout rentre dans l'ordre dès que les mouvements recommencent. Une autre attitude que M. B... avait coutume de prendre quand il était chez lui, est la suivante : il avait fait accrocher au plafond de sa chambre une corde dont l'extrémité pendait à hauteur du bras. Plusieurs fois dans la journée, il s'asseyait sur une chaise dans l'attitude que nous venons de décrire ; il saisissait la corde de la main droite, et, en tirant sur elle d'une façon rhythmique, il se balançait ainsi pendant longtemps, tandis que le coude gauche appuyé sur un meuble, il frappait sur sa tête en cadence avec les doigts de la main gauche.

Enfin, quand il est au lit, M. B... continue la série de ses mouvements irrésistibles. Jusqu'à ce que le sommeil soit arrivé, il faut que quelque chose remue : ce sont les muscles de l'abdomen, les muscles de la hanche, ceux du bras, etc. Le sommeil seul met fin à cette gymnastique perpétuelle à laquelle le malade assiste, avec sa pleine conscience, et sans pouvoir la réprimer un instant.

Ce malade, véritable synthèse clinique, est un modèle de déséquilibration cérébro-spinale. Il peut être cependant amélioré ; il est soumis à une médication tonique et bromurée et il prend chaque jour une douche froide en éventail.

Un coup d'œil jeté sur ses antécédents héréditaires complètera son histoire en faisant ressortir ce qui revient à l'hérédité similaire. Sa mère est également déséquilibrée. Emotive à l'excès, elle a toujours eu du tremblement. Il lui est impossible de tracer une ligne si elle se sent regardée par quelqu'un. Depuis fort longtemps elle est atteinte du délire du toucher et a particulièrement la crainte des objets de cuivre ; elle ne peut toucher un chandelier, un bouton de porte, si ces objets sont en cuivre. Elle tenait un commerce d'épicerie, et était angoissée chaque fois qu'elle était obligée de toucher la monnaie de cuivre ; elle s'y déterminait avec peine, mais pour aller aussitôt se laver les mains. Si elle était à table, rien ne pouvait la déterminer à se lever pour rendre la monnaie à un client, car il lui eût fallu pratiquer d'abondants lavages. Un autre syndrome qui se trouve très fréquemment lié au délire du toucher, est la *crainte des chiens*. Mme B... poussait cette terreur au dernier degré de l'exagération, dans la rue elle se détournait de son chemin à la vue d'un chien, même inoffensif. Chez elle, entendait-elle aboyer un chien au dehors, vite elle donnait un tour de clé à la serrure. A la terreur du chien, s'est jointe la terreur exagérée de la rage ; en temps chaud, elle évite de sortir, parce qu'elle a entendu dire que les fortes chaleurs sont favorables à l'éclosion de la rage chez les chiens. Mme B... est aujourd'hui atteinte de paralysie agitante. Six frères ou sœurs de celle-ci sont mal équilibrés sans présenter de syndromes proprement dits. L'un d'eux est violent, emporté. Il a une fille qui, paraît-il, ne présente rien de particulier, mais dont l'enfant est atteint de tics. Enfin, un *cousin germain* et une *cousine germaine* du malade ont des tics de la face.

PATHOLOGIE EXTERNE

Kyste hydatique du foie à développement exogène. — Ouverture spontanée à l'épigastre (1) ;

Par **E. LEFLAIVE**, interne des hôpitaux.

La nommée Gar..., Marie Alexandrine, âgée de 63 ans, entre le 5 juin 1886, à l'hôpital Tenon, salle Magendie, lit n° 22 (service de M. G. Lacombe). Cette femme, dont la santé a toujours été très bonne, est assez robuste, et paraît plus jeune qu'elle ne l'est. Elle a eu plusieurs enfants ; ses grossesses et ses accouchements se sont toujours bien passés. Son intelligence est assez bornée, et les renseignements qu'elle donne, manquent souvent de précision. Elle fait remonter les accidents qui nous l'amènent, à cinq semaines, époque où elle fut prise d'une fluxion de poitrine. Mais déjà elle portait au voisinage du bord gauche de l'appendice xyphoïde un petit bouton « comme un clou. » Le médecin qui lui donna des soins l'ouvrit d'un coup de lancette ; mais, prétend-elle, il n'était pas mûr, et il n'en est sorti qu'un peu d'eau. Cependant il ne s'est jamais bien fermé. Douze jours après le début de sa maladie, les membres inférieurs se sont mis à enfler. L'enflure commença par les jarrets et en peu de temps s'étendit au reste des membres inférieurs et à l'abdomen. Elle n'a jamais res-

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 23 juillet 1886.

© BIU Santé

senti de vives douleurs ; l'appétit a disparu peu de jours avant l'entrée à l'hôpital.

Examen à l'entrée (6 juin) : Les membres inférieurs sont très infiltrés ; l'œdème a envahi la paroi abdominale ; il remonte en avant jusqu'à l'ombilic, en arrière jusqu'au-dessus de la région lombaire. Le ventre est très gros, élargi et proémine un peu à gauche, côté sur lequel la malade reste habituellement couchée ; il est mat dans presque toute son étendue et l'on ne trouve de sonorité intestinale que dans la région circumombilicale. Sensation de flot très nette.

Le foie ne fait pas saillie au-dessous des fausses côtes, et ses limites de matité sont à peu près normales. Il n'y a pas de circulation veineuse superficielle apparente. Tout le côté gauche de la poitrine est absolument mat depuis le haut jusqu'en bas, tant en avant qu'en arrière. Cette matité ne dépasse pas la ligne médiane. A l'auscultation, au lieu de bruits respiratoires, il y a du souffle en avant, et dans la moitié supérieure en arrière ; à la partie inférieure le silence est absolu. La voix se transmet assez bien, et sans égophonie ; les vibrations thoraciques se perçoivent bien et sont tout au plus un peu diminuées. Le thorax ne semble pas dilaté. La dyspnée est peu marquée, la toux peu fréquente, l'expectoration sans importance. Le cœur bat régulièrement et assez fort ; ses bruits sont normaux ; la pointe bat à sa place habituelle et ne paraît nullement transportée vers la droite.

Les urines n'ont pas été examinées ; la malade va constamment sous elle. Le diagnostic posé fut : Ascite de cause indéterminée ; pleurésie ? Traitement : Eau-de-vie allemande, 30 gr.

7 *juin*. Potion cordiale ; vin diurétique, 60 gr.

8 *juin*. Eau-de-vie allemande, 30 gr.

9 *juin*. L'œdème a diminué et le ventre est moins gros ; sous la clavicule gauche on trouve un peu de son ; la respiration semble faire retour et est mêlée de quelques râles. La malade se trouve mieux et est descendue de son lit pendant quelques instants.

14 *juin*. On trouve de plus en plus de son et de respiration sous la clavicule gauche. En découvrant la malade on trouve une vésicule hydatique aplatie, du volume d'un petit haricot, venant de faire issue par le bouton voisin de l'appendice xyphoïde ; elle est colorée par places en jaune orangé par des matières biliaires. La malade nous dit alors qu'il en est sorti plusieurs de semblables depuis la veille.

15 *juin*. De nombreuses vésicules toutes ouvertes sont sorties spontanément. L'orifice qui leur donne passage est situé dans l'angle que forme le bord gauche de l'appendice xyphoïde avec le rebord costal. La pression fait sortir quelques nouvelles hydatides dont les plus grosses devaient avoir le volume d'une cerise ; il s'écoule aussi une certaine quantité de liquide peu épais, de couleur jaune. Un stylet introduit par la plaie chemine d'abord avec quelque difficulté ; mais il ne tarde pas à disparaître complètement en s'enfonçant en arrière et un peu à droite. L'examen microscopique du liquide recueilli fait voir des fragments de vésicules hydatiques, des crochets en petit nombre (4 ou 5 au plus par préparation), des cristaux biliaires et de nombreux leucocytes.

18 *juin*. La malade rend surtout du pus mêlé de matières colorantes biliaires ; le soir elle a un peu de fièvre.

19 *juin*. L'orifice cutané est agrandi par une incision en croix faite au thermo-cautère ; on peut alors apercevoir un orifice plus profond n'ayant que trois ou quatre millimètres de large. Le soir on y introduit une tige de laminaire de 3 millimètres de diamètre. Pansement avec de la poudre d'iodoforme et de la charpie phéniquée.

20 *juin*. Dans l'orifice agrandi on met deux tiges de laminaire.

21 *juin*. Il sort une certaine quantité d'hydatides dont quelques-unes, du volume d'une noisette, ne sont pas rompues. Introduction de trois tiges de laminaire.

22 *juin*. L'orifice et le petit canal qui lui fait suite, sont assez grands pour admettre facilement l'index qui s'enfonce en arrière et un peu en haut à droite. A l'aide d'un tube Faucher de fort calibre, on pratique un lavage de la poche avec une solution boriquée tiède. On détermine ainsi l'issue de près d'un demi-litre d'hydatides, les unes entières, les autres ouvertes, certaines auraient bien eu le volume d'un œuf de pigeon. Avec elles sort une certaine quantité de pigment biliaire orangé. On laisse à demeure un long tube en caoutchouc de plus d'un centimètre de diamètre ; même pansement.

L'état général paraît s'améliorer ; l'œdème diminue ; l'appétit est assez bon. Les vésicules examinées avaient toutes leur surface externe lisse ; elles contenaient un liquide clair ; sur la surface interne de plusieurs d'entre elles se voyaient de très petites éminences arrondies, indiquant la formation d'échinocoques.

30 *juin*. Chacun des jours suivants, on a fait un lavage semblable et on a déterminé l'issue de très nombreuses hydatides. Depuis deux ou trois jours il n'en sort plus que très peu. L'eau ressort propre, ce qui montre que la suppuration n'est pas abondante ; l'orifice tend à se rétrécir. La plaie est toujours recouverte du même pansement antiseptique. Le son et la respiration sont complètement revenus dans le poumon gauche en avant et au sommet en arrière ; il y a encore du souffle immédiatement au-dessous de l'épine de l'omoplate. Un petit abcès s'est ouvert sous l'aisselle gauche.

2 *juillet*. La malade se plaint beaucoup ; elle a perdu l'appétit. Il ne sort presque plus d'hydatides.

4 *juillet*. La malade a été très abattue hier ; ses traits se sont altérés ; elle est depuis ce matin dans une sorte de coma. Mort à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie le 6 juillet. *Thorax* : Le poumon et la plèvre droite n'ont rien d'anormal. La plèvre gauche contient, à la partie inférieure et postérieure, environ un demi-litre de liquide non purulent ; des fausses membranes recouvrent les deux surfaces pleurales ; des adhérences modérément résistantes unissent le poumon au diaphragme et au péricarde. Le lobe inférieur ne crépite pas ; à la coupe il est dense, de couleur foncée et il ne surnage pas ; il est atélectasié. A l'*examen microscopique* pratiqué à l'aide du durcissement par congélation, on trouve la plèvre de ce lobe inférieur très épaissie ; les alvéoles pulmonaires une fois déplissées semblent à peu près normales. Il existe une symphyse complète du péricarde et le cœur est adhérent même au diaphragme ; en certains points on peut décoller les surfaces péricardiques ; mais ailleurs l'adhérence des deux feuillets est très résistante. Les parois cardiaques ne sont pas épaissies. L'altération cadavérique ne permet guère de juger de l'état du myocarde.

Abdomen : A l'ouverture de l'abdomen, au lieu d'une collection ascitique, on tombe sur une vaste poche kystique qui en occupe toute la partie inférieure. Ce kyste est uniloculaire ; il est entouré d'une paroi blanchâtre, uniformément épaisse de trois millimètres environ, très régulière, assez résistante. Cette poche est adhérente aux organes voisins par toute sa surface externe, mais les adhérences sont assez peu résistantes pour être facilement détachées avec la main. La face antérieure adhère à la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale antérieure ; sa partie supérieure se moule sur les intestins qu'elle refoule en masse en haut vers l'ombilic ; sa paroi postérieure s'applique exactement sur la paroi abdominale postérieure ; sa paroi inférieure refoule l'utérus sans pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus présente un certain degré de rétro-flexion et comme d'écrasement. Du côté droit, ce kyste présente une adhérence un peu plus marquée au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, au-dessous du cœcum repoussé en haut ; à gauche, il remonte plus haut et va contracter des adhérences avec la rate dont la situation est normale. Cette forme et ces rapports expliquent : 1° comment ce kyste présentait une ligne de matité à concavité supérieure ; 2° pourquoi le ventre faisait une saillie un peu plus prononcée à gauche ; 3° comment la poche a été prise pendant la vie pour de l'ascite. En sé-

© BIU Santé

parant ce kyste des viscères et en particulier des organes génitaux internes du côté droit, on constate que des adhérences lâches l'unissent à l'ovaire ; mais il est intimement uni à l'aileron de la trompe où il prend son implantation. Il semble que le pavillon de la trompe s'ouvre à l'intérieur de sa cavité.

Les anses intestinales sont légèrement agglutinées entre elles, et en quelques points on peut les trouver séparées par de très faibles collections de liquide séreux. Le gros intestin est fortement revenu sur lui-même. La surface interne de la poche kystique est lisse et unie; elle est presque partout recouverte par de la fibrine coagulée, et çà et là présente des taches ecchymotiques ou de véritables petites hémorrhagies. Le contenu, dont on peut estimer la quantité à 2 ou 3 litres, est un liquide un peu trouble, rougeâtre, tenant beaucoup de flocons de fibrine en suspension. Voici ce qu'a donné l'examen histologique de ce kyste et de son contenu. Le liquide recueilli laisse déposer environ un quart de son volume sous forme de boue grisâtre. Examiné au microscope, ce dépôt est à peu près uniquement formé de leucocytes plus ou moins altérés; quelques-uns sont pourvus d'un ou de plusieurs noyaux que l'on peut colorer par l'hématoxyline; les autres ne se colorent plus et sont fragmentés. On trouve aussi quelques globules rouges et des filaments de fibrine. La paroi présente deux couches : l'une externe formée de plusieurs lames de tissu fibreux séparées par des séries de cellules aplaties, et dépourvue de vaisseaux ; l'autre interne formée surtout de cellules arrondies avec fort peu de fibres conjonctives. Ces cellules sont surtout abondantes au voisinage de la surface interne: elles deviennent de moins en moins abondantes à mesure qu'on s'approche de la couche externe. Dans la zone interne se voient quelques vaisseaux à parois embryonnaires, et tout à fait sous la surface on trouve des hémorrhagies interstitielles plus ou moins abondantes, dont certaines se sont, sans nul doute, ouvertes dans la cavité kystique.

Foie. Nous arrivons enfin à l'organe dont la lésion offre le plus d'intérêt. Le foie est uni par des adhérences au diaphragme et aux organes qui avoisinent le lobe gauche. Il est déformé, en ce sens que le lobe gauche est réduit à un petit moignon fibreux, tandis que le lobe droit semble plutôt augmenté de volume. A l'extérieur la face supérieure n'offre rien à signaler que l'adhérence intime au diaphragme et surtout au centre phrénique. Vu par la face inférieure, le foie est un peu modifié dans sa forme. Tout d'abord la vésicule, rétractée, épaissie, ne renferme pas de bile mais contient plusieurs calculs dont l'un occupe la cavité du col. Au lobe droit le sillon qui sépare la facette antérieure de la facette moyenne est extrêmement profond ; les autres sillons sont aussi plus accusés qu'à l'état normal. Le lobe carré est petit et arrondi; le lobe de Spigel, au contraire, est volumineux et des sillons le divisent en trois ou quatre lobes secondaires saillants et arrondis. Le lobe gauche existe à peine, tant il est revenu sur lui-même. En incisant le foie, on voit qu'il est creusé à l'union du lobe gauche avec le reste de l'organe d'une grande cavité irrégulière, d'une sorte de caverne qui a environ 12 centimètres de dimension antéro-postérieure sur 6 à 8 centimètres de largeur maximum. La paroi, intimement unie à la substance hépatique, est peu épaisse, indurée, comme scléreuse. Mais la surface interne est extrêmement irrégulière; des saillies brusques, des dépressions s'y rencontrent; on y trouve plusieurs petits orifices, des sortes d'arcs de tissu scléreux. La comparaison qui paraît la plus exacte est celle d'un vieux morceau de bois vermoulu. Cette poche contient fort peu de chose ; çà et là, se voit encore une vésicule hydatique affaissée; en quelques points de la paroi, on trouve aussi du pigment biliaire sous forme de poussière. Mais on ne trouve rien qui ressemble à la vésicule mère d'un kyste hydatique ou à ses débris. De la partie antérieure et gauche de la cavité part un trajet fistuleux peu régulier, long de trois centimètres environ et qui, passant dans l'angle formé par l'appendice xyphoïde et le bord costal gauche, vient s'ouvrir à l'extérieur. C'est par là que sont sorties les vésicules pendant la vie ; c'est par là qu'on a fait les lavages. Tout autour de la cavité principale on trouve de petits diverticules s'enfonçant dans le tissu hépatique et communiquant avec elle par les petits orifices déjà signalés. Ces orifices ont de 3 à 4 millimètres de diamètre. Plusieurs de ces diverticules s'enfoncent dans le lobe droit à une distance de 2 ou 3 millimètres et forment une nouvelle petite poche où l'on peut trouver des hydatides moulées sur elle. L'un de ces prolongements sort du foie à la face supérieure et vient former dans le diaphragme, sous le péricarde, une cavité aplatie contenant de petites hydatides du volume d'un noyau de cerise ou d'un petit haricot. En bas, on voit qu'une mince couche de tissu hépatique sépare la cavité peritonéale de ces prolongements au niveau de l'extrémité gauche du sillon transverse. Le lobe gauche est presque complètement fibreux, et il ne contient plus que des traces de parenchyme hépatique ; mais ailleurs on voit que le tissu du foie n'est nullement refoulé, que les vésicules hydatiques par leurs prolongements pénétraient dans sa substance comme par une sorte de bourgeonnement. Examiné au microscope, le tissu hépatique du lobe droit montre que le foie à ce niveau était atteint de dégénérescence graisseuse. La moitié externe de chaque lobule a ses cellules méconnaissables et remplacées par des gouttelettes huileuses au milieu desquelles se voient les noyaux que colore le carmin ou l'hématoxyline. Au centre du lobule, on reconnaît encore nettement la disposition des cellules, et leur dégénérescence est moins avancée. Sur des coupes pratiquées dans le lobe gauche, la disposition lobulaire ne se reconnaît plus. Le tissu hépatique a presque complètement été remplacé par du tissu fibreux, qui paraît être développé autour des vaisseaux interlobulaires. Ceux-ci ont l'aspect de lacunes aplaties vides de sang ; leurs parois sont considérablement épaissies et atteignent au moins un millimètre. Cependant, en quelques points, autour des vaisseaux-portes ainsi transformés, on retrouve des canalicules biliaires d'aspect à peu près normal, reconnaissables à leur épithélium. On ne trouve pas ces canaux remplis de bile ou de cristaux d'origine biliaire.

Réflexions. — Le cas que nous venons de signaler nous paraît devoir être rapporté à cette variété spéciale d'hydatides dite à développement exogène ; dans cette variété, c'est à la face externe de la vésicule primitive que se produisent par bourgeonnement les vésicules filles ; au lieu de tomber dans sa cavité, elles se trouvent simplement lui être juxtaposées. On comprend combien irrégulière sera la poche formée ainsi dans l'organe qui loge le parasite, et avec quelle facilité ce dernier s'étendra de proche en proche au milieu des tissus. L'hydatide exogène s'est surtout rencontrée chez les animaux.

Voici ce qu'en dit Davaine (*Traité des entozoaires*, 2e édition, page xxxiv): « Kühne a cru trouver un caractère « distinctif entre les hydatides de l'homme et celles des ani« maux, en ce que les premières se reproduisent par des « bourgeons qui naissent à la surface interne, les secondes « par des bourgeons qui naissent à la surface externe de la « vésicule ou acéphalocyste ; il appelait les premières en« dogènes et les secondes exogènes ; il n'est point question « des échinocoques. Les hydatides endogènes acquièrent « souvent un volume beaucoup plus considérable que les « exogènes, et les bourgeons chez ces dernières restent « ordinairement forts petits, de telle sorte que la vésicule « primitive paraît souvent solitaire ; ces dernières subis« sent plus souvent et plus promptement la transformation « athéromateuse. Les hydatides exogènes se rencontrent « chez les ruminants ; les endogènes chez l'homme, le « singe, le porc, le cheval ; cependant, soit qu'il n'y ait « point une différence spécifique entre les deux sortes « d'hydatides, soit que chaque espèce ne soit point la pro« priété exclusive de certains animaux, on rencontre

© BIU Santé

« quelquefois, mais rarement, il est vrai, des hydatides « endogènes chez les ruminants et des hydatides exogènes « ou au moins à vésicule solitaire chez l'homme. »

Moniez, dans un mémoire sur les *Cestoïdes* (Lille 1881), a trouvé dans le foie d'un porc un cas mixte où il y avait à la fois des vésicules endogènes et des vésicules exogènes. Comme caractères anatomo-pathologiques macroscopiques de ces hydatides exogènes, outre l'absence de vésicule mère contenant les autres, Davaine insiste sur la forme en caverne anfractueuse que prend la poche ; il cite Krabbé qui décrit dans le foie du mouton des hydatides irrégulières ramifiées au milieu du parenchyme. La variété d'hydatide à développement exogène, avons-nous dit, est rare chez l'homme, tout au moins pour ce qui est du foie. D'après Leuckart, elle se rencontre chez lui, surtout dans l'épiploon et dans les os. Dans une thèse d'agrégation récente, M. Gangolphe dit même que, pour les os, l'absence de membrane d'enveloppe est le cas le plus fréquent. Il cite nombre d'observations à l'appui de son opinion.

Il faut se demander si cet auteur a eu raison de confondre la variété d'hydatides à développement exogène dont nous venons de parler avec cette maladie déjà bien étudiée sous le nom de kyste hydatique alvéolaire ou multiloculaire. Longtemps prise pour un cancer colloïde, cette affection diffère de l'autre au moins par l'aspect macroscopique ; la marche des lésions et l'évolution de la maladie ne semblent pas identiques. Davaine, dans le chapitre qu'il consacre au kyste alvéolaire, ne dit point s'il le considère comme semblable au kyste exogène des ruminants. Carrière qui en a donné une bonne description dans sa thèse (1868), ne regarde pas comme y rentrant trois cas d'hydatides sans membrane d'enveloppe, simplement infiltrées, contenues dans les aréoles du tissu osseux :

« Nous n'y avons pas trouvé, dit-il, cette formation d'un « tissu nouveau qui remplace celui de l'organe attaqué, ni « surtout cette tendance à l'ulcération qui caractérise notre « tumeur à un si haut degré. »

Nous devons remarquer encore avec quelle facilité les organes voisins de celui qui loge le parasite peuvent être atteints, grâce à la tendance à l'expansion de la variété exogène des hydatides. Dans notre cas, c'est à travers la peau que le mal s'est fait jour vers l'extérieur ; c'est évidemment une évolution favorable. La statistique de Davaine, qui, sur 13 cas d'ouverture spontanée par la peau, signale 11 guérisons, vient à l'appui de ce pronostic. Nous croyons, du reste, que notre malade a succombé bien plus à la tumeur kystique abdominale dont nous avons parlé, qu'au parasite du foie presque complètement évacué plusieurs jours avant la mort. Signalons cependant ce fait, que la cavité péritonéale était bien près d'être atteinte par les prolongements qui s'avançaient vers la face inférieure du foie. D'autre part, il nous semble parfaitement plausible de regarder la péricardite adhésive et la pleurésie gauche de notre malade comme dues au voisinage du parasite, comme étant le résultat de sa marche à travers le diaphragme. N'est-on pas autorisé à penser que si la malade avait vécu plus longtemps, ou plutôt si le kyste hydatique ne se fut ouvert à l'épigastre et à peu près complètement vidé par cette voie, on aurait pu voir la plèvre, peut-être le péricarde et même le cœur, ulcérés par les progrès du parasite comme l'ont été les téguments.

Remarquons enfin, dans un autre ordre d'idées, que la pleurésie gauche assez abondante au moment de l'entrée à l'hôpital pour donner lieu à une matité absolue et complète de tout un côté du thorax, ne s'est pas accompagnée de déplacement du cœur. Nous attribuons ce fait à l'adhérence du cœur au diaphragme et, par l'intermédiaire de ce muscle, au foie. Il s'est ainsi produit sur la ligne médiane une cloison solidement fixée, que le liquide n'a pu refouler vers le côté droit.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Révision de la loi sur les aliénés.

Inspiré par la même pensée que le précédent, l'article 8 exige une déclaration par écrit, au Procureur de la République, dans le cas où « a duré plus de trois mois la nécessité de tenir enfermé » l'aliéné soigné dans les conditions prévues par le premier paragraphe de l'article 7. Cette disposition a pour but de prévenir la séquestration abusive dont les aliénés sont parfois victimes au sein de leur propre famille.

Elle eût été acceptée à peu près sans discussion si M. Lacombe n'avait proposé d'ajouter les mots « par voie de coercition » et de dispenser de la déclaration les ascendants et le conjoint. M. Delsol a répondu que la séquestration supposait l'emploi de la force ; que le malade étant évidemment, dans ce cas, un agité, qui a des accès de fureur, ne recevra peut-être pas dans la famille les soins nécessaires à sa santé ou à sa sécurité ; que, par conséquent, les ascendants et le conjoint devaient être soumis à la règle générale.

Le second paragraphe veut qu'un rapport médical circonstancié soit joint à la déclaration. Pris entre le secret professionnel et cette prescription, qui n'a pas de sanction pour eux, les médecins feront bien de s'abstenir. Le troisième donnait au procureur de la République le droit de n'exiger des proches parents qu'un nouveau rapport médical à des intervalles moindres de trois mois ; il est réservé par ce qu'il suppose l'avis préalable du médecin inspecteur. Si des mesures que surveillance plus complètes sont nécessaires, elles seront provoquées, d'après le quatrième paragraphe, par le procureur de la République ou un délégué spécial du conseil de famille.

Pourquoi cette désignation du délégué spécial qui semble dénier à tout autre parent le droit de saisir le tribunal ? Pourquoi charger des magistrats du soin de décider que le traitement d'un aliéné est ou n'est pas celui qui convient, qu'il est complet ou insuffisant, rationnel ou mal conçu, assez affectueux ou trop sévère ? Pourquoi surtout ce laps de temps, ces trois mois de séquestration, avant d'exiger une déclaration ? Pour les furieux que M. Delsol a seuls en vue, supposons, chose rare, que leur accès dure aussi longtemps : s'ils sont entre les mains de parents dévoués, à quoi bon la déclaration ? Si les parents sont inhumains, le furieux sera tellement maltraité qu'il sera mort avant les trois mois. La vérité est que les abus à craindre, les mauvais traitements ont toujours porté dans les familles sur des malades tranquilles, idiots, déments, mélancoliques, qui étaient devenus une charge. Pour ceux-là, les parents qui voudront échapper à la loi, n'auront qu'à les exhiber dans leur village ou dans la rue une fois tous les deux mois. Est-ce là ce qu'a voulu le Sénat ?

Ce qu'il a voulu, c'est empêcher que les aliénés ne soient maltraités ou traités mal dans leur famille, et, comme toutes les fois qu'on veut prévenir, son projet

© BIU Santé

est allé trop loin, car il blesse la liberté, sans oser aller assez loin pour assurer l'efficacité de ses prescriptions. Pour atteindre le but visé, il n'y a que deux moyens. Le premier est d'ordonner impérativement le placement de tout aliéné dans un asile. Le second, moins sûr, est d'exiger une déclaration de quiconque à un aliéné chez lui, et d'envoyer chaque jour un médecin inspecteur compétent au domicile de l'aliéné. Le mieux était d'écouter M. Lacombe, rappelant que la liberté ne peut s'accommoder d'une législation préventive, et de renoncer aux articles 7 et 8. Le Code pénal suffit à punir les séquestrations de personnes non aliénées et les mauvais traitements exercés sur les malades. Quant à découvrir les faits délictueux, c'est affaire de police et d'administration. Il n'y aurait à retenir des articles 7 et 8 qu'une disposition visant nettement les placements interlopes opérés dans des établissements recevant des aliénés sans déclaration, sans autorisation, sans cautionnement.

L'article 9 renvoyant à de futurs règlements d'administration publique les devoirs et attributions des commissions et des divers fonctionnaires des asiles, les conditions d'ouverture, d'organisation et de fonctionnement des asiles publics et privés, les bases du concours financier des communes et les conditions de recrutement, de traitement, d'avancement et de mise à la retraite des surveillants et gardiens des asiles publics ; est voté avec réserve du § 5e, prévoyant une taxe proportionnelle sur les aliénés.— Il y a de tout là dedans : des matières dont le législateur ne saurait évidemment s'occuper et d'autres qui lui appartiennent. La loi n'a pas à fixer les gages d'un serviteur, ni l'heure de la visite d'un médecin ; mais nous pensions jusqu'ici que la fixation des bases d'un impôt étaient essentiellement en dehors des attributions administratives. De toutes façons, la commission du Sénat tend à nous ramener au régime de l'arbitraire administratif, sous couleur de protéger notre liberté. Par ce renvoi à des règlements d'administration, elle escamote d'ailleurs une partie de sa besogne, et non la moindre.

L'article 10, soumettant à l'approbation du ministre de l'intérieur les règlements intérieurs des asiles publics et privés, n'est combattu que par M. de Gavardie qui voudrait excepter les asiles privés. Il admet que l'asile privé faisant fonction d'asile public soit soumis à cette approbation ; pour l'asile purement privé, il la trouve attentatoire à l'inviolabilité du domicile et de la propriété. Malheureusement pour cette opinion très soutenable, il avoue n'avoir au fond d'autre but que de faire de l'obstruction.

L'article 11 instituait dans chaque département une commission permanente pour surveiller le service des aliénés. M. Th. Roussel expose que la loi de 1838 avait chargé le préfet ou ses délégués, le procureur, le président du tribunal, le juge de paix et le maire, de visiter les établissements consacrés aux aliénés, mais qu'en fait, (et c'est la vérité) les membres du parquet seuls s'acquittaient de leur devoir. On a pensé que des fonctionnaires salariés, spécialement chargés de ces visites, les feraient plus régulièrement. De même pour la protection des biens des aliénés, les commissions administratives ou de surveillance, chargées par la loi de 1838 des fonctions d'administrateurs provisoires pour les aliénés non interdits, ne remplissaient cette charge qu'avec une grande négligence ; d'un administrateur rétribué, on pourra obtenir davantage. Cette commission permanente instituée par le projet à côté de la commission administrative des asiles publics se composait de six membres, suivant l'expression de M. Bardoux, d'un élément utile et d'un élément décoratif. La Commsision et le Gouvernement se sont mis d'accord sur l'amendement Bardoux, ne conservant que deux agents : le médecin inspecteuret l'homme de loi administrateur, relevant tous deux du préfet.

M. Bardoux explique que le premier surveillera l'exécution de la loi et des règlements, assurera la protection des personnes des aliénés, veillera à leur placement, à leur maintien et à leur sortie. Les médecins inspecteurs étant nommés sur une liste formée par le comité supérieur des aliénés et comprenant pour les trois quarts des noms désignés par le concours et pour l'autre quart des noms pris au choix, M. Bardoux estime que toutes garanties de savoir seront ainsi données. En quoi, il se fait peut-être quelque illusion sur le nombre des médecins en état de contrôler utilement leurs confrères des asiles.

L'administrateur sera nommé par le ministre et pris sur une liste des anciens notaires ou avoués dressée par le tribunal civil. Ainsi l'aliéné ne risquera pas de voir sa fortune gaspillée. M. Bardoux et la Commission ont oublié seulement qu'il ne suffit pas que la fortune de l'aliéné soit protégée en elle-même ; ceci est le côté relativement facile de la question. Il faut encore que la jouissance de cette fortune soit assurée à l'aliéné dans une mesure raisonnable, et c'est là un problème bien autrement compliqué, dont M. Bardoux ne dit mot, malgré son importance. Nous verrons plus tard quels sont les pouvoirs donnés à cet égard à l'administrateur, ou au tuteur, quand l'aliéné sera interdit.

M. Cazelles apporte l'adhésion du gouvernement aux amendements Bardoux et Combes ne faisant de réserves que pour la partie de ce dernier qui a trait à la procédure de placement définitif. M. E. Boulanger ne s'oppose pas à ce que l'administrateur provisoire soit nommé par le ministre de l'intérieur ; il demande seulement que cette nomination soit prompte, sans quoi elle manquerait son but. Il trouve trop restreinte la composition de la liste : en dehors des anciens notaires et avoués, il y a d'anciens magistrats, greffiers et autres agents très capables d'exercer ces fonctions. Il se demande enfin s'il ne sera pas bien dur, dans certains cas, de déposséder les parents de la gestion des biens pour en charger un étranger. Il aurait pu ajouter que ce sera même quelquefois impossible, surtout si la liste, même étendue comme il le veut, ne contient que des personnes ayant plus ou moins appartenu au monde judiciaire. On ne conçoit guère, par exemple, qu'un industriel ou un commerçant étant frappé d'aliénation, on exclue de l'administration provisoire son fils, qui collaborait avec lui pour la donner à un magistrat qui n'entendra rien à l'industrie ou au commerce. — M. Roger-Marvaise fait observer que dans certains départements (il aurait pu dire dans tous) un seul administrateur ne pourra suffire à la tâche. La Commission consent à mettre « un ou plusieurs administrateurs. » — M. de Gavardie reconnait que l'amendement Bardoux est supérieur au projet de la commission ; mais il trouve meilleures encore les dispositions de la loi de 1838. Il sait bien que dans la pratique les personnes chargées de la surveillance n'intervenaient que rarement, mais c'est parce qu'elles n'intervenaient qu'en cas de besoin. On parle toujours des abus et on ne peut citer un seul fait. La statistique criminelle ne compte en dix ans que quinze séquestrations et ne dit pas sur qui

© BIU Santé

elles portaient. C'étaient peut-être des séquestrations d'enfants. En ce qui touche les biens, on avait pour les aliénés pauvres la commission de surveillance de l'hospice ; dans d'autres cas, les intérêts étant plus compliqués, on avait l'administrateur provisoire, nommé par la justice et ne dépendant pas de l'administration. Toutes les complications de la loi sont inutiles, n'empêcheront pas une seule séquestration et n'auront d'autre résultat que de divulguer des secrets que les familles peuvent avoir un grand intérêt à cacher. — M. Paris, reprenant la pensée de M. Boulanger, propose de supprimer toute indication pour la formation de la liste et de laisser toute latitude au tribunal civil. On évitera ainsi que le ministre se trouve, dans certains arrondissements, avoir la main forcée, et, dans d'autres, exposé à laisser tomber son choix sur des personnes peu dignes de confiance. Cette proposition est acceptée. Il serait préférable de supprimer la liste elle-même, qui ne donne aucune garantie et peut, à l'occasion, gêner le tribunal.

L'article 11 est adopté, sauf la réserve indiquée par M. Cazelles. Il décide que, dans chaque département, un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'intérieur, sur une liste de présentation dressée par le conseil supérieur des aliénés, conformément à l'article 6, surveillera l'exécution de la loi, en ce qui concerne la personne des aliénés, et un ou plusieurs administrateurs seront chargés des fonctions d'administrateurs provisoires des aliénés non interdits.

A l'article 12 est substitué, par l'accord du gouvernement et de la commission, un amendement de M. Bardoux, posant le principe de la rémunération du médecin inspecteur et de l'administrateur provisoire, donnant de droit à ce dernier l'entrée à la commission de surveillance, enfin se référant (toujours !) à un règlement d'administration publique pour déterminer les fonctions de ces deux agents, M. Lacombe admet avec M. Bardoux que l'administrateur provisoire de la loi de 1838 était insuffisant, qu'il n'intervenait qu'en cas de nécessité absolue, d'obligation légale, à la requête de la famille ou des intéressés ; mais il n'en résulte pas qu'il faille créer un fonctionnaire nouveau avec le mandat prévu par les articles 54 et suivants. C'est une question à réserver. C'en est une autre de savoir si cet administrateur provisoire sera désormais un fonctionnaire ou ne restera pas une personne privée ; le caractère de fonctionnaire n'est pas attaché à la dévolution des mandats de ce genre, et la rémunération ne l'implique pas non plus. M. Lacombe fait observer aussi que les administrateurs pouvant être multiples, il faut modifier le texte du 3e paragraphe pour dire nettement que l'entrée à la commission ne leur appartiendra que pour les délibérations portant sur les intérêts conférés à chacun d'eux. — M. Bardoux adhère à cette modification. — L'article tout entier est réservé. Espérons que le Sénat, quand l'article reviendra, voudra déterminer les fonctions des deux agents qu'il crée. De l'étendue de ces fonctions et de la façon dont elles seront remplies dépendent toutes les garanties recherchées par la loi nouvelle pour la personne et les biens des aliénés, et contre la séquestration des gens sains d'esprit ; toutes les améliorations attendues en dépendent. Si le Sénat laisse le soin de les préciser à l'administration, la Commission a perdu ses peines et son temps. La loi pouvait se réduire à un seul article : « L'administration est chargée d'empêcher les séquestrations non justifiées et les abus dont peuvent souffrir la fortune ou la personne des aliénés. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 décembre 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. P. Brouardel lit un mémoire sur une *épidémie de fièvre typhoïde* qui a régné à Pierrefonds en août et septembre 1886. Pendant ces deux mois, 23 personnes de Paris ou de Versailles sont venues habiter à Pierrefonds trois maisons contiguës sises rue du Bourg : 20 d'entre elles eurent la fièvre typhoïde. Les eaux d'alimentation de ces maisons proviennent d'une nappe aquifère coulant sur un banc d'argile plastique, recouvert lui-même par une couche de sables nummulitiques très perméable et épaisse de 2 à 3 m. ; pour utiliser cette eau, il a suffi de creuser des trous en forme de puits. Or, pendant son trajet, la nappe aquifère passe au-dessous de fosses d'aisances non étanches ou longe leurs parois ; on comprend que, dans ce terrain sableux, perméable comme une éponge, le voisinage des puits et des fosses assure un mélange permanent des matières excrémentitielles avec l'eau servant à l'alimentation. D'autre part, lorsque survient une pluie un peu abondante, l'eau tombant des toitures envahit les fosses, dilue les matières et les entraîne dans les couches de terrain périphériques ; vingt jours après chacune des pluies un peu abondantes, un nouveau foyer de fièvre typhoïde a éclaté dans une des trois maisons. L'eau semble donc bien avoir été le véhicule de l'infection typhique. Pour arriver à une démonstration plus complète, M. Brouardel a prié M. le Dr Chantemesse, directeur du laboratoire de Bactériologie de la Faculté de médecine, de soumettre ces diverses eaux à l'examen bactériologique. MM. Chantemesse et Widal ont trouvé, dans l'eau de la maison où il y a eu quatre morts de fièvre typhoïde, les bacilles considérés comme pathogènes de la fièvre typhoïde par Eberth, Gaffky, Artaud, Cornil et Babès. Dans l'eau d'aucun des autres puits de Pierrefonds, ils n'ont pu découvrir de ces micro-organismes. Pour établir le caractère spécifique de ces bacilles, ils ont pratiqué, avec un trocart stérilisé, une piqûre dans la rate de malades atteints de fièvre typhoïde au dixième jour de la maladie : les gouttes de sang ainsi obtenues ont donné des colonies identiques à celles de l'eau de Pierrefonds. Cette dernière renfermait donc la preuve figurée de sa nocuité, tout en étant, d'après les recherches de M. Gabriel Pouchet, très pauvre en matières organiques, ce qui montre combien les bacilles résistent longtemps dans la terre. En terminant sa lecture, M. Brouardel signale les travaux que la municipalité de Pierrefonds aurait à accomplir pour éviter le retour de pareilles épidémies.

M. A. Chauveau continue ses recherches avec M. Kaufmann sur le *rôle de la glycose et du glycogène dans la production de travail et de chaleur chez les animaux*. La glycose qui disparaît des capillaires en sort, avec l'oxygène, pour être transformée en eau et acide carbonique au sein des tissus, et cela dans tous les organes, les muscles compris. Seulement, il y a pour ces derniers, un acte supplémentaire : ils sont mis à l'abri des disettes ou insuffisances possibles de combustible, c'est-à-dire de glycose, par la provision de glycogène qu'ils contiennent. Cette provision, comparable à la provision d'électricité des accumulateurs, est faite pendant le repos musculaire : une partie seulement de la glycose qui disparaît alors dans les capillaires est consacrée aux combustions ; l'autre, en se déshydratant, se transforme en glycogène musculaire ; c'est-à-dire en combustible de réserve. L'oxygène employé aux combustions organiques est surtout pris par le carbone de la glycose. Après avoir démontré le rôle considérable rempli dans la production de la chaleur et du travail par cette glycose sanguine, MM. Chauveau et Kaufmann concluent qu'aucune impulsion nouvelle donnée à la calorification, partant aucun travail mécanique, ne peut avoir lieu dans l'économie animale sans la participation.

© BIU Santé

lointaine il est vrai, de la glande hépatique. Le foie est le collaborateur indirect des muscles dans l'exécution des mouvements, il se met à fonctionner plus activement, en tant qu'organe glycogène, chaque fois qu'il se produit du travail quelque part dans l'économie. Tant que la glande hépatique fournit de la glycose au sang en suffisante quantité, l'animal continue à produire la quantité de chaleur nécessaire au travail des organes et à l'entretien de la température du corps. Que la fonction glycogénique se ralentisse, que la glycose disparaisse du sang des vaisseaux, et alors, les combustions organiques devenant rapidement languissantes, la mort arrive par arrêt de la calorification. Cette dernière conclusion est justifiée par ce qui se passe chez les animaux soumis à l'abstinence ; dès que survient le refroidissement, aux approches de la mort, le sucre disparaît du sang comme de la lymphe; si les animaux meurent sans se refroidir, la glycose se retrouve encore dans ces deux fluides.

M. S. Meunier rapporte les résultats de *ses examens d'eaux minérales* provenant de Java.

M. E. Rivière étudie les *reptiles et les poissons* découverts par lui dans la grotte de Menton.

M. Sappey est élu, par 33 voix, membre de la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. H. Milne-Edwards. MM. Ranvier et Dareste obtiennent: le premier 10 et le second 8 suffrages. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 décembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Dastre, parlant du dosage de la glycose contenue dans les divers tissus, dit qu'il a employé le procédé de Claude Bernard et entre à ce sujet dans l'exposé de la technique.

M. Retterer lit une note sur le développement des épithéliums pavimenteux chez les Solipèdes.

M. E. Périer a étudié le *système circulatoire des Échinodermes* ou mieux leur système d'irrigation. Ce système communique directement avec l'eau de mer qui est le véritable liquide sanguin. L'oxygène est apporté directement aux tissus et aussi ne trouve-t-on ni bronches ni cœur.

M. Laborde a cherché à déterminer le rôle que l'eau joue dans l'inanition. Il a fait deux expériences concluantes. Dans la première, un chien privé de nourriture et d'eau est mort au 20e jour de jeûne; dans la seconde, un chien de même poids vivait encore le 40e jour. L'administration d'aliments solides ne provoque alors chez lui aucun trouble appréciable.

MM. Ch. Richet et Hanriot déposent une note renfermant la description d'un nouvel appareil pour le dosage pratique et rapide de l'oxygène et de l'acide carbonique de l'air respiré.

M. Babinski, en examinant au microscope des coupes transversales de muscles striés de l'homme, a observé des figures particulières dont il n'a pas encore été fait mention. On voit par places, dans l'épaisseur des travées de tissu conjonctif qui séparent les faisceaux de fibres, des petits îlots plus ou moins régulièrement arrondis, d'un diamètre variant de 100 μ à 200 μ et constitués comme il suit : à la périphérie une gaine de tissu conjonctif fortement colorée en rouge par le picro-carmin, se détachant nettement sur les parties avoisinantes et présentant la structure des gaines lamelleuses des nerfs; dans l'espace délimité par cette gaine on voit un groupe de 3 à 7 fibres musculaires striées, d'un diamètre plus ou moins considérable, mais de beaucoup inférieur à celui des fibres qui se trouvent dans toutes les autres parties du muscle, et présentant généralement un plus grand nombre de noyaux que ces dernières. Dans certains de ces îlots on trouve aussi entre les fibres musculaires quelques tubes nerveux. Dans d'autres îlots la structure est un peu plus complexe : de la face interne de la gaine se détachent des lamelles de tissu conjonctif qui viennent subdiviser la cavité de la gaine en deux ou trois cavités secondaires, et l'on voit alors dans une des cavités qui est la plus étendue les petites fibres musculaires, dans la deuxième cavité un tronc nerveux et dans la troisième des vaisseaux. Les figures semblent correspondre à un système spécial constitué par des groupes de petites fibres musculaires; la présence des vaisseaux et surtout des troncs nerveux dont ces groupes sont parfois accompagnés, et qui selon toutes probabilités leur sont destinés, paraît bien indiquer qu'ils sont indépendants des autres parties du muscle, et qu'ils ont leur autonomie. Les groupes de petites fibres sont-ils le vestige de faisceaux secondaires des muscles en voie d'atrophie? C'est là une hypothèse plausible, mais, s'il en est ainsi, il s'agit d'une atrophie physiologique, pour ainsi dire, car ces fibres se voient dans les muscles normaux aussi bien que dans les muscles atrophiés.

M. Ranvier fait ressortir tout l'intérêt qui s'attache à cette communication. Ce sont là des figures qui tranchent très nettement sur toutes les autres parties du muscle et qui ont jusqu'à présent échappé à l'attention des histologistes.

MM. Bouchard et Charrin rappellent la communication qu'ils ont faite, au mois de juin dernier, à l'Académie sur la production de la cataracte par la naphtaline et la complètent par de nouveaux détails. Si on cesse l'administration de la naphtaline dès que la cataracte a commencé, le cristallin continue à s'opacifier. Les doses données sont de 1,50 à 2 gr. par jour ; soit 35 gr. environ pour un homme de 70 kilog. Ordinairement les deux yeux se prennent. L'époque d'apparition est variable, mais ne dépasse guère le 20e ou le 25e jour. Pendant l'expérience, l'animal maigrit, le plus souvent il ne meurt pas et peut vivre très bien portant. Si on emploie d'autres substances de la même série, on n'obtient pas de cataracte. Peut-être est-ce en se sulfo-conjuguant, en empruntant à la globuline une partie de son soufre de constitution, que la naphtaline agit. Il peut y avoir là des conséquences pratiques (maturation de la cataracte, étude des moyens de nutrition du cristallin, exercices d'ablation de la cataracte, etc.)

MM. Charrin et G. H. Roger ont étudié au laboratoire de M. Bouchard les propriétés toxicologiques des urines normales du lapin. Ils ont constaté qu'un lapin sécrète par 24 h. et par kilogramme 61 cent. cube d'urine. C'est une quantité trois fois supérieure à celle qu'élimine un kilogr. d'homme dans le même laps de temps. Injectée dans les veines, l'urine du lapin tue à dose de 15 c.c. ; celle de l'homme à dose de 40 c.c. Un kilogr. de lapin élimine donc par jour de quoi tuer 4 k. 184, tandis que l'homme ne peut tuer que 0 k. 461. L'urine de l'homme amène la mort dans un état comateux, par arrêt respiratoire: l'urine de lapin est constamment et fortement convulsivante, elle tue par arrêt du cœur. Ces différences s'expliquent par la présence dans l'urine du lapin d'une grande quantité de sels potassiques : 1 k. de lapin élimine en moyenne 0 gr. 55 de KIL ; la toxicité de ce sel étant de 0.18, la quantité émise en 24 h. représente de quoi tuer 3 k., c'est-à-dire 75 à 80 0/0 de la toxicité totale ; 1 kilogr. d'homme émet 0 gr. 038 de KIL. quantité suffisante à tuer 0 gr. 213. La potasse entre donc pour 45/100 dans la toxicité totale. Ces résultats ont été encore vérifiés expérimentalement par l'injection d'urine débarrassée de potasse au moyen de l'acide tartrique. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 décembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

L'Académie de médecine, à l'occasion de sa séance publique annuelle, réunissait un public spécial de notabilités médicales et scientifiques.

M. Proust, secrétaire annuel, a lu un rapport remarquablement étudié, sur les prix décernés en 1886, et a fait connaître les sujets des prix proposés pour les années 1887, 1888 et 1889.

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. — *Des ruptures du canal de*

© BIU Santé

l'urèthre chez l'homme et de leur traitement. Quatre mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le Dr A.-J. Etienne (de Toulouse). Elle accorde une mention honorable à M. le Dr Drochon (de Bressuire), pour son travail : *Le rétrécissement traumatique donne droit à une rupture spontanée.*

Prix Amussat. — 1,000 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine Médicale*, 1883, n° 52, pages 362). Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à M. le Dr G. Assaky, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, pour son mémoire : *De la suture des nerfs à distance*

Prix Barbier. — 2.000 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine Médicale*, 1883, n° 52, page 362). Cinq mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° 1,000 fr. à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, pour leur mémoire : *Recherches expérimentales sur la morve* ; 2° 500 fr. à M. E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son ouvrage : *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris.*

Prix Henri Buignet. — 1.500 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine Médicale*, 1883, n° 52, page 362). Onze mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. Lafon (de Paris), préparateur au laboratoire de toxicologie, pour ses *Etudes sur la digitaline.*

Prix Capuron. — 1.500 fr. *Valeur relative des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance. Applications médico-légales.* Trois mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Bouillet (de Béziers).

Prix Civrieux. — 1 000 fr. *La migraine.* Douze mémoires ont concouru. L'Académie partage le prix entre : MM. les Drs L. Thomas et Régeard (de Paris). Elle accorde des mentions honorables à MM. les Drs Liégeois (de Bainville-aux-Saules) et Georges Martin (de Bordeaux).

Prix Desportes. — 1.500 fr. Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Neuf mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° 1,000 fr. à M. le Dr du Castel (de Paris), pour son travail sur le *Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée ;* 2° 500 fr. à M. le Dr Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), pour ses travaux sur *L'antipyrine dans la thérapeutique infantile ;* 3° une mention honorable à M le Dr Callias, pour son *Etude clinique de la résorcine au point de vue de son application locale en médecine et en chirurgie.*

Prix Daudet. — 1.000 fr. *De l'actinomycose.* Aucun mémoire n'ayant été adressé, l'Académie remet la même question au concours pour 1887.

Prix Falret. — 1.000 fr. *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.* Aucun mémoire n'ayant été adressé, l'Académie remet la même question au concours pour 1887.

Concours Vulfranc-Gerdy.— Pour les conditions du concours, voir *Semaine médicale*, 1885, n° 46, page 386). M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles, a été nommé stagiaire aux eaux minérales. L'Académie l'a désigné pour aller étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal et principalement les eaux de Chaudesaigues. Conformément à l'article 8 du règlement, une somme de 1,500 fr. a été allouée à M. Boutarel.

Prix Godard. — 1.000 fr. Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne. Dix-neuf mémoires ont concouru. L'Académie partage le prix entre : 1° Mlle A. Klumpke (de Paris), pour son travail : *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial ;* 2° M. le Dr Léon Perrin (de Marseille), pour son *Mémoire sur la sarcomatose cutanée.* Elle accorde une mention honorable à M. le Dr Fernand Roux (de Paris), pour son *Traité pratique des pays chauds (maladies infectieuses).*

Prix Herpin de Metz. — 1.500 fr. *Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée.* Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à M. Marcel Crivelli, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Huguier. — 3.000 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine médicale*, 1885, n° 51). L'Académie décerne le prix à M. le Dr Ch. Périer, chirurgien de l'hôpital de Lariboisière, à Paris.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1.600 fr. *Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.* Neuf mémoires ont concouru. L'Académie décerne un prix de 1.000 fr, à MM. Cazin et Iscovesco, dit Escault (de Berck). Elle accorde : 1° 300 fr. à M. le docteur Gibert (du Havre); 2° 300 fr. à M. Jacquet (Lucien), interne à l'hôpital Saint-Louis de Paris. Elle accorde, en outre, une mention honorable à MM. les docteurs A. Friot (de Nancy) et Jules Comby (de Paris).

Prix Laval. — 1.000 fr. L'Académie décerne le prix à M. Berlioz, chef du laboratoire à la clinique médicale de la Pitié.

Prix Louis. — 3.000 fr. *Etude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale.* Deux mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde 500 fr. à MM. les Drs P. Chautard et P. de Gennes (de Paris.)

Prix Auguste Monbinne. — 1.500 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine médicale*, 1883, n° 53, page 370). Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Charrin (de Paris), pour sa mission pendant l'épidémie cholérique de 1885-86 en Bretagne et en Vendée.

Prix Orfila. — 2.000 fr. *Du venin de la vipère.* Aucun mémoire n'ayant été adressé, l'Académie remet la même question au concours pour 1888.

Prix Oulmont. — 1.000 fr. Ce prix devait être décerné à l'interne des hôpitaux de Paris, ayant obtenu la médaille d'or au concours annuel des prix de l'internat. L'Académie décerne le prix à M. Hallé, interne à l'hôpital Trousseau.

Prix Portal. — 600 fr. *Le goitre exophtalmique.* Trois mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois (de Bainville-aux-Saules.)

Prix Saint-Lager. — 1,500 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine Médicale*, 1883, n° 52, page 362.). Aucun mémoire n'a été adressé.

Prix Saint-Paul. — 25,000 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine Médicale*, 1883, n° 53, page 370.) Soixante-treize mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un prix d'encouragement de 1,000 fr. à M. le Dr Alfred Suss (de Paris), pour son mémoire : *De la paralysie diphtéritique du pneumo-gastrique.*

Prix Stanski. — 2.000 fr. (Pour les conditions du concours, voir *Semaine médicale*, 1885, n° 21.). Trois mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° 1,200 fr. à MM. Cadéac et Nalet, chefs des travaux à l'Ecole vétérinaire de Toulouse ; 2° 800 fr. à M. le Dr Léon Bec (de Mézel).

Prix Vernois. — 800 fr. Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Quinze mémoires ont concouru. Le prix est décerné à M. Monod, préfet du Finistère, pour ses travaux sur l'hygiène en France et à l'étranger. Elle accorde une mention honorable : 1° à M. le Dr Morache, pour son *Traité d'hygiène militaire ;* 2° à M. le Dr Riant (de Paris), pour ses travaux sur l'hygiène ; 3° à M. Thoinot (de Paris), auteur de l'*Histoire de l'épidémie cholérique de* 1884.

Service des eaux minérales (1884). — 1° *Médaille d'or*, à M. Eymard Lacour, pharmacien militaire ; 2° *Rappels de médailles d'or*, à MM. les Drs Caulet (de Saint-Sauveur) et Emile Tillot (de Luxeuil) ; 3° *Médailles d'argent*, à MM. les Drs Léon Blanc (d'Aix-les-Bains), P Regnault (de Bourbon-l'Archambault) et Jules Senut, médecin-major ; 4° *Rappel de médaille d'argent*, à M. le Dr A. Planche (de Balaruc-les-Bains) ; 5° *Médailles de bronze*, à M. Léon Barthe, pharmacien aide-major, et à MM. les Drs Belugou (de Lamalou) et Daudirac (de Cauterets) ; 6° *Rappels de médailles de bronze*, à MM. les Drs Binet (de Saint-Honoré) et Cros (de Lamalou-le-Bas).

Service des épidémies (1885). — 1° *Médailles d'or*, à MM. les Drs J. Bertillon (de Paris), Lardier (de Rambervillers) ; 2° *Rappels de médailles d'or*, à MM. les Drs Coustan, médecin major, Daga, médecin-inspecteur, Jablonski (de Poitiers), Mauricet (de Vannes), Mignot (de Chantelle), Paris (de Versailles), Pennetier (de Rouen) ; 3° *Médailles d'argent*, à MM. les Drs Ch. Amat, médecin-major, Aubert, médecin-major, Bories (de Montauban), Bourgeois, médecin-major, Catrin, médecin-major, Chabenat (de La Châtre), Chartier (de Nantes), Clémenceau de La Loquerie (de Fontenay), Combalat (de Marseille), Du Mesnil (de Paris), Ernest Durand (de Marseillan), Leroy des Barres (de Saint-Denis), Quivogne, médecin-major, Renault (de Cherbourg), et à M. Patin (de Paris) ; 4° *Rappels de médailles d'argent*, à MM. les Drs Barbrau (de Rochefort), Bec (de Mézel), Blanquinque (de Laon), Darolles (de Provins), Geschwind, médecin-major, Métadier (de Bordeaux), Nivet (de Clermont-Ferrand), Pujos (d'Auch), Rousseaux (de Vouziers) ; 5° *Médailles de bronze*, à MM. les Drs Coffec (de Quimper), Couillaud (d'Epernay), Laurens (de Magescq), Masson (de Chambéry), Ollé (de Saint-Gaudens), Valois (de Cosne).

Service de l'hygiène de l'enfance. — Sur la somme de 2,000 fr, mise à la disposition de l'Académie de médecine, par M. le ministre de l'intérieur, pour récompenser les meilleurs mémoires qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge l'Académie accorde : 1° *Médaille d'or*, à Mme Furtado-Heine (de Paris) ; 2° *Rappel de médaille d'or*, à M. le Dr Sagnier (de la Grand'Combe) ; 3° *Médailles de vermeil*, à MM. Lavergne (de Moulins), Ory, inspecteur des enfants assistés du Jura, et à MM. les Drs Picard (de Selles-sur-Cher), Regnoul (de Villeneuve-la-Guyard) : 4° *Médailles d'argent*, à MM. les Drs Coni (de Buenos-Ayres), Sutils (de La Chapelle-la-Reine) ; 5° *Rappel de médailles d'argent*, à MM. les Drs Capelle (d'Hermies), Carassus (de Milly), Driard (de Moret sur-Loing), Séjournet (de Revin).

© BIU Santé

6° *Médailles de bronze*, à MM. les Drs Cyprien Czajewski (d'Orléans), Dumée (de Nemours), Henri Gierszynski (d'Ouarville), E. D. Jenot (de Dercy), Pamard (d'Avignon), Picard (de Lagny) ; 7° *Mentions honorables*, à MM. les Drs Gandaubert (de Montsauche), Surbled (de Corbeil), Vidal (d'Hyères).

Service de la vaccine (1885). — L'Académie partage le prix de 1.500 fr. entre MM. les Drs Aubert, E.-J. Breton, E. Longet, médecins-majors. *Médailles d'or*, à MM. les Drs Carpentier-Méricourt (de Paris), Debets de Lacrousille (de Périgueux), Jacques Fournac (de Marseille), et à Mme veuve Damemme, sage-femme (de Saint-Lô).

Prix proposés pour les années 1887, 1888 *et* 1889. — Nous donnons ici les sujets des principaux prix et nous engageons les intéressés à consulter le bulletin de l'Académie, afin de se rendre un compte exact des conditions nécessaires pour concourir à ces divers prix.

Prix de l'Académie : 1887.— De l'hystérectomie vaginale, Indications et procédés opératoires. — 1888 : Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées. — 1889 : Physiologie du nerf pneumogastrique.

Prix Capuron : 1887 : De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Étudier les altérations et les états pathologiques qui peuvent en résulter. — 1888 : Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique. — 1889 : Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.

Prix Civrieux — 1887 : Des névralgies vésicales. — 1888 : Des hallucinations de l'ouïe. — 1889 : Des troubles de la sensibilité dans le tabès.

Prix Daudet. — 1887 : *De l'actinomycose*. — 1888 : Des gommes syphilitiques. — 1889 : Des néoplasmes congénitaux.

Prix de l'hygiène de l'Enfance. — 1887 : Étude clinique sur l'athrepsie.

Prix Lefèvre. — 1887 : De la mélancolie.

Prix Portal. — 1887 : De la tuberculose rénale primitive. — 1888 : Anatomie pathologique des érysipèles. — 1889 : De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.

Prix Falret. — 1888 : Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis.

Prix Orfila. — 1888 : Du venin de la vipère.

Prix Louis. — 1889 : Des médications antithermiques.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 juillet 1886. — Présidence de M. Féré.

13. Abcès du foie ; par M. Léonard, interne des hôpitaux.

Dorma...., 26 ans, limonadier, entre le 1er juillet 1886 à l'hôpital Lariboisière (service de M. Gérin-Roze).

Père mort accidentellement, mère morte tuberculeuse ; plusieurs frères et sœurs morts en bas-âge. De la Côte-d'Or, il habite Paris depuis 1872 ; dès l'âge de 14 ans, il fait des excès alcooliques ; de 22 à 25 ans il est soldat en Afrique où il boit régulièrement un quart de litre d'absinthe par jour, et cependant il n'a ni cauchemars, ni crampes ; tremblement léger des mains et pituites le matin seulement. Blennorrhagie en 1879. Pleurésie gauche en 1882, qui le tient alité pendant deux mois. Depuis cette époque, il s'enrhume facilement mais n'a jamais craché de sang, n'a jamais eu de sueurs abondantes la nuit ; en 1883 et en 1884, fièvre intermittente ; accès tous les deux jours. Durée de la première attaque un mois ; durée de la seconde attaque 18 jours. Ni rhumatisme, ni syphilis.

Mars 1886, c'est-à-dire un mois après sa rentrée en France, il a trois accès quotidiens de fièvre intermittente ; en même temps il ressent à l'hypochondre droit une douleur assez forte qui s'accentue beaucoup par la toux ; cette douleur est constante avec augmentation et diminution alternatives ; sa tête est lourde, il est fortement courbaturé.

Outre la douleur, le malade a de la diarrhée qui ne l'a pas quitté depuis (3, 4, 10 selles par jour). Les matières sont noirâtres depuis une dizaine de jours (n'a jamais eu la dysentérie en Afrique). Tous les moyens employés pour arrêter la diarrhée ont échoué. Depuis ce temps l'appétit est perdu, la bouche sèche, la soif vive ; la miction est difficile, mais non douloureuse. Le malade a maigri beaucoup, s'essouffle facilement.

Ses jambes sont œdématiées depuis trois jours ; il se fait porter sur un brancard à l'hôpital.

Examen actuel. L'hypochondre droit est résistant, saillant, douloureux à la pression. Le foie déborde les fausses côtes de 6 centimètres, matité en hauteur 16 centim. 1/2 ; la submatité commence à partir du troisième espace intercostal ; la matité véritable commence au niveau de la sixième côte. Submatité en avant (sommet gauche), en arrière et à gauche dans toute l'étendue du poumon. De ce côté, le murmure vésiculaire est très diminué. Dyspnée qui s'explique du reste par sa douleur hépatique et sa pleurésie ancienne, rien au cœur. Lacis veineux très développé au niveau de l'hypochondre droit ; œdème des extrémités inférieures ; pas d'ictère. Le malade se plaint beaucoup de son côté droit, a de la diarrhée ; les matières sont noirâtres (sang) ; mucus mousseux ressemblant à du frai de grenouille, ni lambeaux membraneux ni grains blanchâtres. Pas d'albumine dans les urines. T. 38°,2.

2 *juillet*. Ponction avec l'appareil Potain. On retire ainsi 1,000 grammes d'un liquide brun dont nous donnerons l'analyse dans un instant. Les 2, 3 et 4 juillet, il souffre moins ; puis la douleur est de nouveau aussi vive, la tension de l'hypochondre droit, d'abord diminuée, s'est accrue le surlendemain de l'opération.

7 *juillet*. T. 37°,6. Incision au thermo-cautère de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané à un centimètre au-dessous des fausses côtes du côté droit et sur une longueur de 8 centimètres.

8 *juillet*. T. 38°. Incision de l'escharre et première application de pâte de Vienne (dix minutes).

9 *juillet*. Nouvelle incision de l'escharre et deuxième application de pâte de Vienne.

10 *juillet*. T. 38°,9. On emploie le thermo-cautère pour la seconde fois ; le couteau plonge à 6 centimètres de profondeur et ne donne pas encore issue à du liquide.

14 *juillet*, 10 *h. matin*. Les deux lèvres de l'incision sont séparées par deux écarteurs et à l'aide du thermo-cautère on approfondit encore l'incision ; on donne ainsi issue à un liquide ayant les mêmes caractères physiques et chimiques que le liquide obtenu par la ponction. Le doigt introduit dans la plaie arrive dans un immense cloaque dont on ne peut sentir le fond. La poche est lavée avec 4 litres d'eau phéniquée au 1|100e ; drain en anse, lister. — 6 *h. soir*. Le pansement est levé ; des lèvres de l'incision on voit s'écouler un liquide brun avec des traînées verdâtres. Lavage de la poche avec 24 litres d'eau phéniquée au 1/400e ; l'eau sort tout à fait limpide.

15 *juillet*. T. 37°,4. Nouvelle irrigation de la poche le matin et le soir avec dix litres d'eau phéniquée au 1/400e.

16 *juillet*. T 38°,2. Eructations fréquentes. 10 h. *du matin*. Après avoir enlevé le pansement, on voit s'écouler de la plaie un liquide jaune verdâtre ; on en recueille 40 gr. dans un verre : c'est de la bile pure. Comme les urines sont légèrement phéniquées, on lave la poche avec dix litres d'eau bouillie. 6 h. *soir* : Le malade rend des crachats jaunâtres, ressemblant à de la bile (l'examen microscopique y révèle la présence de la poudre de viande), injection de sept litres d'eau bouillie. Les yeux sont excavés, les traits tirés, langue un peu sèche, soif vive, diarrhée, région hypogastrique un peu douloureuse à la pression, pas de ballonnement. 8 h. *soir* : le malade est très agité ; une injection sous-cutanée d'un demi-centig. de chlorhydrate de morphine ne lui donne qu'un repos momentané. 3 h. *du matin* : mort. Régime habituel du malade : une demi-piqûre de morphine à 4 h. du soir et à une heure du matin ; bouillon, lait, un œuf, poudre de viande.

Autopsie. — Quelques cuillerées d'un liquide séreux épanché dans la cavité péritonéale. *Estomac* très dilaté, vaisseaux sanguins turgescents (estomac d'un alcoolique). Adhérences de l'estomac au côlon transverse. Les intestins adhèrent entre eux au niveau de la région hypogastrique.

Le *foie* déborde les fausses côtes de 8 cent. (hypochondre droit), de 11 centimètres (sternum), de 4 centimètres (hypochondre gauche). Les adhérences du foie à la paroi tho-

© BIU Santé

raco-abdominale au niveau de l'incision sont parfaites, si bien que le contenu du foie n'a pu s'échapper dans la cavité abdominale. L'incision commence au-dessous des fausses-côtes et va assez obliquement en arrière et en haut, de sorte que, grâce aux adhérences, on pouvait croire, en faisant l'autopsie, que l'incision intéresse le diaphragme et le poumon. Le diaphragme est refoulé jusqu'au niveau de la 4e côte et n'adhère pas du tout au foie. Adhérences très intimes du foie (partie postérieure de la face inférieure) aux organes et tissus environnants. Poids du foie : 3 kilogr. Cavité énorme pouvant loger une tête d'adulte ; cette cavité intéresse en grande partie le lobe droit. En arrière la poche est limitée simplement par la capsule de Glisson fortement épaissie ; à ce niveau, adhérences néo-membraneuses du foie aux parties environnantes ; pas d'autres abcès ; l'abcès est donc unique.

Rein : *Unique*, poids, 360 gr. Capsule se détache très bien ; il est pâle et à première vue ressemble au rein blanc. *Cœur* : Caillots dans les deux cavités ; légère dégénérescence graisseuse ; valvule et orifices normaux. *Poumons :* Adhérence très intime du poumon gauche à la paroi thoracique. Pas de communication avec le foie. Ulcérations arrondies, comme taillées à l'emporte-pièce au niveau du cœcum ; ces ulcérations intéressent la muqueuse seulement. Ganglions mésentériques correspondants tuméfiés. On retrouve ces ulcérations dans le côlon ascendant, mais en plus petite quantité. Rien au *cerveau*.

Voici l'*examen* du liquide retiré par la ponction et l'incision ; cet examen a été fait par notre ami Ernest, interne en pharmacie des hôpitaux. Liquide retiré par la ponction, 1,000 gr. ; l'incision, 2,000 gr. Ce liquide est brun, alcalin, épais, inodore. Examen microscopique : Sang, pus, matières grasses, cellules du foie très nombreuses, cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et quelques tables de cholestérine. Pas d'hydatides. — Analyse chimique : Matières extractives sèches à 100° : 50 gr., minérales, 9 gr. Le liquide obtenu par l'incision contient en outre de la bile en assez grande quantité. M. Ernest a pu isoler de la bilirubine et de la biliverdine. Nous nous réservons de publier plus tard l'examen histologique du rein et du foie (parois de l'abcès).

Réflexions. — Nous avons eu ici l'occasion assez rare de rencontrer un abcès du foie (l'abcès du foie étant en effet une exception dans notre pays), abcès qui peut s'expliquer par la dysentérie, qu'il y ait eu phlébite, thrombose ou embolie septique. Les détritus cellulaires du foie (cellules déformées, granuleuses) dans le sang expliquent la couleur rouge du liquide. On sait qu'au niveau de l'abcès les canaux biliaires s'obstruent en vertu d'un travail irritatif ; aussi la bile se déverse rarement dans l'abcès ; ici, cependant, nous avons vu un liquide jaune verdâtre se mêler au contenu, nous avons pu recueillir de la bile pure. La présence des gouttelettes graisseuses, indice de la dégénérescence granulo-graisseuse des leucocytes, l'existence d'une membrane pyogénique avec bourgeons grisâtres du côté de l'abcès montrent enfin que cet abcès n'est pas récent.

Séance du 1er octobre 1886. — Présidence de M. Netter.

1. Pyélite calculeuse ; néphrotomie. Mort. — Cancer du bassinet et de l'uretère à gauche avec propagation à la plèvre gauche et au foie ; par Henri Hartmann, prosecteur de la Faculté.

T..., âgé de 54 ans, représentant de commerce, entre le 21 septembre 1886 dans le service de M. Duplay, alors suppléé par M. Brun, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, lit n° 11. Ce malade raconte que vers l'âge de 7 à 8 ans il a rendu des graviers par l'urèthre et qu'à cette époque il a suivi un traitement pendant quelque temps. Sa jeunesse s'est passée sans rien de spécial et il n'avait encore nullement souffert des reins lorsqu'il y a 20 ans il fut pris un jour dans la rue, brusquement, d'une douleur lombaire telle qu'il se serait affaissé, si l'ami avec lequel il causait ne l'avait soutenu. Cette douleur diminua après l'application de sangsues et, après quinze jours de lit, il était à peu près remis. Depuis cette époque, il a toujours été sujet à des douleurs de reins peu intenses, revenant de temps à autre, sans rien de régulier. Dans ces 4 à 5 dernières années les urines se sont troublées, et depuis deux ans et demi environ il se plaint de douleurs lombaires plus fortes et plus continues qu'auparavant. Peu de temps après l'aggravation de ses douleurs, il fut un jour pris, sans cause aucune, d'une hématurie. Celle-ci ne s'accompagna d'aucun symptôme vésical. Le sang était mêlé à l'urine, sans caillot et coulait tout le temps de la miction. Au bout de deux jours l'hématurie cessa brusquement et pendant les semaines qui suivirent les douleurs lombaires furent moins intenses. Depuis trois mois elles ont reparu, plus fortes que jamais, et l'ont obligé à s'aliter. Elle se sont accompagnées dans ces derniers temps de coliques et de douleurs abdominales continuelles, d'amaigrissement, de perte de l'appétit, du sommeil et des forces. Dans ces derniers temps, l'état général s'est aggravé de plus en plus ; depuis une dizaine de jours la voix est voilée et de la dyspnée est survenue. C'est en présence de ces accidents nouveaux que le malade s'est décidé à se faire transporter à l'hôpital.

Nous le voyons le 21 septembre au soir. La face est terreuse, la respiration fréquente, le pouls petit et régulier, à 110 ; la température est de 37°. La voix est faible, enrouée, entrecoupée ; le malade se plaint de ne pouvoir respirer, il accuse un besoin d'air continuel et passe son temps à s'éventer. On ne trouve rien à l'examen du cœur ni à l'auscultation des poumons en avant. Le malade criant au moindre mouvement, nous ne le faisons pas asseoir. La langue est sèche, rouge, la soif continuelle, des vomissements suivent toute ingestion d'aliments autres que le bouillon. Il y a de l'insomnie. Outre sa gêne respiratoire, le malade accuse des douleurs abdominales généralisées, sous forme de coliques, et des douleurs lombaires intenses, continuelles, un peu plus marquées à gauche qu'à droite, augmentant par le moindre mouvement. Le ventre est souple, partout douloureux. Dans la partie latérale gauche, on trouve, émergeant des profondeurs de l'hypochondre et se dirigeant obliquement en bas et en avant, une tumeur volumineuse qui occupe le flanc, empiète sur la fosse iliaque et la partie voisine de la région ombilicale. Cette tumeur est douloureuse, arrondie, dure, tendue, sans fluctuation perceptible. Au devant d'elle on sent rouler une anse intestinale. A la percussion superficielle tout le ventre est sonore ; mais, en déprimant fortement la paroi avec le doigt, on constate au niveau de la tumeur de la submatité. Rien à l'examen de la région lombaire correspondante. En soulevant cette région avec une main pendant qu'avec l'autre on palpe la tumeur abdominale, on constate qu'on la renvoie parfaitement d'une main à l'autre et qu'elle s'étend en arrière à la région lombaire. Toute cette exploration est un peu difficile, vu la fréquence des mouvements respiratoires et les contractions désordonnées de la paroi abdominale qui les accompagnent. Les urines ont leur couleur normale, sont un peu troubles et laissent déposer des flocons purulents peu abondants ; ceux-ci ; auraient été davantage à diverses reprises au dire du malade en particulier dans les périodes pendant lesquelles les douleurs lombaires étaient plus intenses.

23 *septembre*. L'état général devient de plus en plus mauvais ; la bouche se couvre de fuliginosités. Les respirations sont fréquentes, s'accompagnent de râle trachéal perceptible à distance. La face a une légère teinte cyanique. Le pouls est très faible à 108. La température est de 37° matin et soir. 1,200 grammes d'urine.

En présence de ces accidents alarmants et ayant porté le diagnostic de *pyélite calculeuse avec obstruction de l'uretère*, notre excellent maître, M. Brun, se décide à faire l'incision de la poche purulente rénale afin de soulager tout au moins le malade et peut-être, en décongestionnant les reins, de diminuer la dyspnée. On pensait en effet à la possibilité d'accidents urémiques, vu l'absence de signes à l'auscultation en avant et la température de 37° qu'on no-

© BIU Santé

tait malgré l'existence certaine d'une collection purulente intra-rénale.

Le malade est anesthésié et couché sur le flanc droit, celui-ci étant soutenu par un traversin afin de bien faire bomber la région opposée. M. Brun fait, en dehors de la masse sacro-lombaire, une longue incision verticale empiétant largement d'une part sur le thorax, d'autre part sur la fesse : La crête iliaque se montre dans la partie inférieure de l'incision, le bord inférieur du grand dorsal apparaît dans la partie supérieure. Un aide le relève avec un écarteur et en quelques coups de bistouri M. Brun tombe sur la graisse jaunâtre qui double le péritoine en arrière. Faisant maintenir les lèvres de la plaie écartées par de grands rétracteurs en forme de rateaux à longues dents (écarteurs Trélat), il déchire avec une sonde cannelée la graisse jaune et tombe sur une masse grise, un peu violacée, au-devant de laquelle on trouve des veines bleuâtres et qui correspond bien à la tumeur constatée, car un aide déprimant la tumeur antérieure par la paroi abdominale antérieure, fait saillir dans la plaie la poche bleuâtre signalée. Une ponction aspiratrice faite avec le gros trocart Potain donne du pus. Immédiatement on cesse l'évacuation, et M. Brun fait le long du trocart avec le bistouri une ponction qu'il agrandit, pendant qu'un aide soutient la tumeur par le palper abdominal antérieur. Un flot de pus rougeâtre coule alors. Par l'incision, le doigt pénètre dans une vaste poche rénale cloisonnée. Déchirant les cloisons il arrive sur un calcul urique ramifié qu'on extrait avec des tenettes. Deux autres fragments sont encore extraits. Un petit fragment, qu'on sent mais qu'on ne peut retirer facilement est laissé. Deux gros drains sont placés dans la plaie et permettent de faire de larges lavages à l'acide borique jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. On suture la plaie en prenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale postérieure dans l'anse de fil, ne laissant libre que son angle inférieur par lequel sortent les deux gros drains placés dans la poche rénale. Pansement de Lister. — L'opération s'est faite en quelques minutes et, pour ainsi dire, sans écoulement sanguin. Deux ligatures seulement ont été placées dans l'angle supérieur de la plaie.

Acune amélioration à la suite de l'opération.

L'asphyxie continue et le malade meurt dans la journée du 26.

Autopsie. A l'ouverture de la *cavité abdominale*, pas de liquide ascitique, pas de traces de péritonite. Dans le flanc gauche on constate quelques adhérences de l'épiploon au côlon descendant. Le péritoine qui double la partie postérieure gauche de l'abdomen est soulevé par une masse graisseuse développée au niveau du rein et s'étendant le long de l'uretère correspondant. A la partie supérieure de la région rénale le péritoine est un peu enflammé et l'on constate en ce point l'existence de granulations saillantes, gris-blanchâtres, dont quelques-unes ont un sommet déprimé en godet. Le *pancréas* est sain, la *rate* petite est saine, le *foie* est augmenté de volume, il pèse 2,080 grammes; à sa surface on constate l'existence de taches blanches faisant une saillie à peine appréciable, dont le volume varie d'un grain de chenevis à une lentille et qui correspondent à de petits nodules arrondis pénétrant dans le parenchyme hépatique. Sur une coupe le foie est gras, congestionné et l'on retrouve disséminés jusque dans la profondeur, de petits noyaux blancs analogues à ceux signalés à la superficie. Pas de calcul dans la vésicule biliaire qui contient dans son fond, faisant saillie à la surface péritonéale un noyau blanc du volume d'un pois. L'*intestin* est sain.

A l'ouverture de la *cavité thoracique*: A droite quelques adhérences pleurales ; emphysème pulmonaire. A gauche épanchement pleural très fibrineux ; dont le caillot pèse 70 grammes. La plèvre de ce côté est dans toute sa hauteur, surtout dans la gouttière costo-vertébrale, remplie d'une masse de granulations blanches, saillantes, de dimensions variant d'une tête d'épingle à une lentille, semblables à des gouttes de bougie. Les plus grandes sont ulcérées à leur sommet, ont un aspect cratériforme ; ces granulations confluentes dans la région costo-vertébrale, surtout dans sa moitié inférieure, sont entourées d'une vascularisation considérable. Le poumon de ce côté est carnifié, sa surface pleurale présente quelques granulations, mais on n'en trouve pas à la coupe du tissu.—Le *cœur* est surchargé de graisse, dégénéré ; un peu d'athérome valvulaire.

Appareil urinaire. – L'*urèthre* est sain, la *vessie* est petite, à parois épaissies, sa face interne est vascularisée et offre quelques colonnes saillantes. L'*uretère droit* a ses dimensions normales. Il contient un liquide grisâtre et sa face interne offre des traces d'inflammation manifeste. Un calcul jaune grenu existe dans le bassinet. Toute la partie supérieure de l'uretère et le bassinet sont entourés d'un épaississement lipomateux considérable, mesurant 6 centimètres sur une coupe. Le reste de l'atmosphère cellulo-adipeuse périnéphrique n'est pas épaissi. Le *rein* se décortique bien ; sa surface est lisse, pâle avec quelques taches graisseuses. En trois points on constate l'existence de petits abcès miliaires du volume d'une tête d'épingle.—A la place du *rein gauche* on trouve une masse mesurant 18 centimètres dans sa plus grande hauteur, constituée par le rein altéré, entouré d'une masse graisseuse plus épaisse et plus résistante que l'atmosphère périnéphrique normale. Cet épaississement graisseux est surtout accusé au niveau du bassinet et se continue tout le long de l'uretère. Il prédomine à la partie postérieure de ce conduit. A la partie supérieure de l'uretère, cette graisse indurée mesure sur une coupe 2c 5; au niveau du bassinet 4 et même 5 c. par places. En arrière du rein existe jusqu'au psoas une masse de tissus ramollis, grisâtres, putrilagineux où il est difficile de rien distinguer. Sur une coupe on constate que le rein est presque complètement détruit. Les pyramides ont entièrement disparu et sont remplacées par des cavités tapissées par places d'exsudats et correspondant aux calices dilatés. Le rein est réduit à une sorte de coque mesurant 5 à 7 mill. d'épaisseur. On ne le sépare que très difficilement de son atmosphère cellulo adipeuse indurée alors qu'il est très facile de le décapsuler. De la face interne de la coque que nous venons de signaler partent des cloisons qui séparent les calices dilatés. Dans ces cloisons on trouve des vestiges de substance rénale qui disparaissent à mesure qu'on se rapproche du bassinet et sont remplacés par un tissu d'apparence fibreuse, grisâtre, englobant quelques petits îlots graisseux et donnant un peu de suc à la coupe ; dans le bassinet dont les parois sont épaissies, fibreuses, on trouve un petit fragment de calcul. La face externe du bassinet se confond avec le tissu fibro-graisseux induré que nous avons signalé. Sa section a l'apparence d'un tissu fibreux grisâtre. Sa face interne, inégale, mamelonnée, ulcérée est finement réticulée. Les altérations s'étendent dans la partie supérieure de l'uretère, s'arrêtant brusquement à 10 c. de la vessie. Toute la partie inférieure de l'uretère est saine, de calibre normal. La partie supérieure est dilatée irrégulièrement et présente des altérations rappelant celles du bassinet à un stade moins avancé de développement. A la partie supérieure de l'uretère la muqueuse est épaissie. Quelques points plus saillants sont ulcérés, d'apparence réticulée. Ces altérations occupent d'une façon continue, les 3 premiers centimètres de l'uretère. Plus bas, les lésions sont disséminées. On trouve par places de petites saillies ayant le volume de grains de chenevis. A leur niveau la surface de la muqueuse n'offre rien de spécial ; sur une coupe on constate qu'ils répondent à une substance grisâtre demi-fluide, immédiatement sous-jacente à la muqueuse. Une ou deux de ces saillies plus volumineuses, sont exulcérées à leur sommet et ont un aspect cratériforme. Par leur confluence ces saillies donnent naissance à des plaques, à contours nettement limités, saillantes par rapport à la muqueuse qui les entoure et dont la surface est spongieuse, très finement réticulée, rappelant la disposition constatée sur toute la face interne du bassinet. Au-dessus du rein existe une masse fibro-graisseuse parcourue par des tractus grisâtres, résistants, donnant un suc à la coupe et s'étendant jusqu'au diaphragme, lui-même infiltré de tissu néoplasique.

© BIU Santé

Notre ami Gilbert a bien voulu se charger de l'examen histologique, et voici la note qu'il nous a remise.

L'examen a porté : 1° Sur un fragment du rein gauche d'apparence squirrheuse, fournissant par le raclage une minime quantité de suc cancéreux ; 2° Sur un fragment au rein droit contenant un petit abcès miliaire ; 3° Sur un fragment du bassinet gauche ayant subi la transformation carcinomateuse ; 4° Sur un fragment de l'uretère gauche montrant des saillies cancéreuses; 5° Sur un fragment du foie renfermant de petites nodosités néoplasiques.

Rein gauche. Il est constitué par un stroma épais, creusé d'alvéoles rares et irréguliers, remplis d'éléments cellulaires. Le stroma est essentiellement formé d'un tissu conjonctif fibreux, riche en vaisseaux, en cellules rondes, en vésicules adipeuses et en faisceaux de fibres musculaires lisses. Les éléments néoplasiques contenus dans les logettes du stroma sont de forme variable et de dimensions peu considérables. Leur noyau arrondi ou ovalaire, peu volumineux, coloré en rose par le picro-carmin, laisse voir parfois un nucléole plus vivement teinté. Leur protoplasma est faiblement granuleux et par le picro-carmin coloré en jaune rosé. Un certain nombre d'éléments nécrobiosés ne laissent plus voir de noyaux, et, après l'imprégnation par le picro-carmin, prennent une teinte brun sale.

Rein droit. Il contient un petit abcès cunéiforme dont la base répond à la surface du rein ; cet abcès est formé de cellules rondes agminées autour des glomérules de Malpighi et interposées aux tubes sécrétoires du rein.

Bassinet gauche. Il offre les mêmes lésions histologiques que le rein gauche, avec cette différence toutefois qu'ici les alvéoles cancéreux sont plus larges et plus nombreux. De même que celle du rein gauche, la stucture normale du bassinet gauche a complètement disparu.

Uretère gauche. Les lésions de l'uretère gauche sont moins prononcées que celles du bassinet et du rein correspondant. Les différentes tuniques de ce conduit sont parfaitement reconnaissables. En dedans, la muqueuse est intacte et pourvue d'un épithélium inaltéré. En dehors, la tunique fibreuse apparaît doublée de cellules adipeuses d'une grande épaisseur. Entre la muqueuse et la fibreuse, se montre la musculeuse avec ses deux plans, le longitudinal et le circulaire. Les lésions carcinomateuses ne font cependant pas défaut dans l'uretère : dans la tunique musculeuse et dans la fibreuse, on trouve de larges alvéoles remplis d'éléments néoplasiques possédant les caractères que nous avons précédemment décrits.

Foie. A côté de petites nodosités carcinomateuses formées d'un stroma creusé d'alvéoles renfermant des éléments cellulaires, on trouve un certain nombre de ramifications de la veine porte obturées par des bouchons néoplasiques. De distance en distance, l'on découvre également de petites embolies cancéreuses intra-capillaires. Enfin, quelques ramifications des veines sus-hépatiques contiennent elles-mêmes des éléments cancéreux. Les travées hépatiques contiguës aux productions néoplasiques sont refoulées et tassées. Les lobules hépatiques éloignés de toute nodosité carcinomateuse ne présentent d'autre altération qu'un certain degré de dégénérescence graisseuse périlobulaire.

Réflexions. Cette observation nous a paru digne d'être présentée à la Société à cause de la rareté des carcinomes primitifs du bassinet et de l'uretère. Maintes fois on a noté dans des autopsies l'existence de cancer du rein poussant des bourgeons à l'intérieur du bassinet, nous-même en avons vu plusieurs cas. Tous les classiques relatent la propagation d'une dégénérescence d'un organe voisin, du col de l'utérus en particulier, à la partie inférieure de l'uretère. Mais jusqu'ici on n'a presque rien écrit sur le cancer primitif du bassinet. Rayer cependant figure dans son atlas (planche XLVI, fig. 3) un cancer du bassinet se présentant sous l'apparence de figues appendues à sa face interne. Il dit ne pas connaître un seul cas de cancer infiltré. Les publications récentes sur les maladies des reins ne font pas mention du cancer primitif du bassinet. Il s'agit donc d'un fait sinon très rare, au moins n'ayant pas jusqu'ici fixé l'attention. Le cancer du bassinet, que nous présentons, nous paraît encore intéressant par ce fait qu'il est consécutif à une pyélite calculeuse ; l'histoire clinique ne laisse aucun doute à cet égard. On peut donc observer au niveau du bassinet des dégénérescences cancéreuses comparables à celles de la vésicule biliaire, qu'on a décrites quelquefois au cours de la lithiase et qui sont bien connues aujourd'hui. Un second point anatomo-pathologique, sur lequel nous désirons appeler l'attention, est la généralisation partielle dont a été suivi ce cancer du bassinet. Il y a eu propagation de proche en proche à travers le diaphragme probablement par les lymphatiques à la plèvre voisine, où le néoplasme s'est immédiatement greffé en différents points, s'y semant en quelque sorte, en particulier dans les points les plus déclives, chez ce malade condamné au decubitus depuis plusieurs mois, au niveau de la gouttière costo-vertébrale.

Pourquoi de tous les viscères abdominaux, le foie a-t-il seul été pris ? Probablement parce que seul il reçoit des vaisseaux sanguins portes ayant leur origine jusque dans le tissu qui entoure le rein. L'examen histologique, fait par notre ami Gilbert, a du reste bien montré qu'il s'agissait là d'embolies cancéreuses. Le noyau du fond de la vésicule biliaire s'explique par ce fait que les veines du fond de cette vésicule s'anastomosent très largement avec des troncs volumineux du système porte.

Avant d'en terminer avec les réflexions que nous suggère cette observation, mentionnons encore la facilité et la rapidité avec laquelle M. Brun a pratiqué la néphrotomie. Nous croyons que c'est dû partiellement à ce qu'il a fait une incision très longue permettant par suite d'en écarter facilement les lèvres à droite et à gauche, au lieu de travailler au fond d'un puits comme cela arrive quand on limite son incision cutanée à l'espace compris entre la crête iliaque et la dernière côte. Les avantages que donne une longue incision nous ont frappé dans les six néphrotomies ou nephrectomies lombaires auxquelles nous avons assisté, soit comme aide, soit comme assistant. Nous tenons à mentionner ce fait, n'ayant pas vu les auteurs, qui ont écrit sur la technique de la néphrectomie ou de la néphrotomie lombaire y insister suffisamment. Nous devons dire toutefois que dans sa thèse toute récente, M. Brodeur, conseille de dépasser de 5 à 6 centimètres la crête iliaque et le rebord costal (1). Il est donc probable que M. Péan y attache de l'importance et qu'il a insisté sur ce point auprès de son élève. Celui-ci n'ayant d'une façon générale guère su tirer de conclusions personnelles des observations nombreuses qu'il a rassemblées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 décembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Terrillon, à propos d'un malade qu'il a présenté dans une séance antérieure, annonce que les inoculations, — faites chez des lapins avec les parties extraites par le grattage *d'un kyste du poignet à graines rhiziformes*, — ont réussi et à l'autopsie de ces lapins on a trouvé dans le péritoine des productions, tuberculeuses sans aucun doute. Cependant, un

(1) Nous relèverons dans cette thèse un fait personnel et erronné. A l'observation 86 des exemplaires (petit format) existe une note dans laquelle l'auteur dit être autorisé par M. Périer à nous accuser d'avoir publié sans son autorisation et à son insu une observation de néphrectomie, Or : 1° M. Périer n'a jamais autorisé M. Brodeur à écrire une pareille note (communication orale); 2° M. Brodeur eut été plus honnête si, au lieu de nous accuser d'avoir soustrait une observation, il avait dit que l'histoire du malade en question, *prise par nous dans le service de M. Terrier*, dont nous étions l'interne, avait été publiée par nous dans une thèse sur les formes cliniques du cancer du rein, et qu'il n'avait en somme ajouté à cette observation que le manuel opératoire et les suites de la néphrectomie, à lui communiqués par M. Périer. Il est vrai que la totalité de son observation n'eut pas été inédite, et c'est ce que M. Brodeur voulait éviter. (H.)

© BIU Santé

examen microscopique attentif et répété de ces fongosités n'avait pu y déceler la présence des microbes de la tuberculose. Ce résultat corrobore les faits analogues publiés jusqu'à ce jour au point de vue de la nature tuberculeuse de ces kystes.

M. Bouilly rapporte l'observation d'une malade atteinte de *grossesse extra-utérine opérée et guérie*. A ce propos, il insiste sur la difficulté du diagnostic, sur la nécessité d'une intervention, dès qu'apparaissent les accidents péritonéaux, sur le siège de la grossesse dans ce cas (l'œuf se serait développé au milieu des anses intestinales), sur le mode de traitement à suivre (laparotomie), enfin sur la nécessité d'abandonner (dans des faits semblables au sien) à la nature le décollement du placenta.

M. Terrier revendique pour un de ses anciens internes en pharmacie de la Salpêtrière le mode de préparation des éponges absolument antiseptiques signalé dans la dernière séance par M. Terrillon.

M. Terrillon n'a jamais eu l'intention d'enlever à l'auteur de ce mode de préparation des éponges le mérite d'avoir fait de nombreuses recherches dans ce but.

M. Lucas-Championnière dit qu'il y a longtemps qu'on a essayé de rendre absolument antiseptiques les éponges. Les Allemands nous ont emprunté la méthode en usage à la Salpêtrière et la considèrent comme une de leurs trouvailles.

M. Monod présente le malade au sujet duquel M. Bouisson a fait à la Société de biologie une communication sur la *suture du nerf médian*. Il insiste sur les modifications survenues consécutivement dans l'innervation de ce nerf.

M. Périer fait un rapport sur plusieurs observations de *taille hypogastrique*, adressées à la Société, par divers chirurgiens de province. Toutes ont été faites pour des calculs vésicaux.

M. le Dr Monniez (de Paris) lit un travail sur la *pathogénie et le traitement du pied bot équin accidentel*. Il présente en même temps l'appareil qu'il emploie. (Renvoyé à l'examen de M. Monod.)

M. le Dr Bédard indique une *méthode destinée à obtenir le contact prolongé des liquides médicamenteux avec le col utérin*. (Sera analysé consécutivement.) Renvoi à l'examen de M. Auger.

M. Monod montre un moulage représentant une *perforation du prépuce*, due à des végétations développées sous le prépuce. Il y avait un phimosis très marqué. Le diagnostic n'est pas toujours facile. Le malade a été opéré par le grattage, après incision dorsale du prépuce, et a guéri très rapidement.

M. Humbert a vu des faits analogues à l'hôpital du Midi. Ce qu'il y a de remarquable dans le cas de Monod, c'est la petitesse de la tire des végétations.

M. Le Bec présente un malade opéré par lui d'un ostéosarcome du fémur et auquel il a pratiqué la désarticulation de la cuisse. C'est un jeune homme : la guérison a eu lieu très vite et l'opération (méthode de Verneuil) n'a pas duré moins d'une heure et demie.

Élections. — Nomination des membres du bureau pour l'année 1887. *Président* : M. Lannelongue (20 voix sur 24 votants, contre 1 à M. Magitot, 2 à M. Polaillon et 1 bulletin blanc). *Vice-président* : M. Polaillon (21 voix sur 23, contre 2 à M. Magitot). *Premier secrétaire* : M. Terrillon (18 voix sur 21). *Deuxième secrétaire* : M. Nepveu (23 voix sur 25).

M. Schwartz est nommé par acclamation trésorier et M. Terrier bibliothécaire.

Marcel Baudoin.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. **Hémoglobinurie mortelle chez un nouveau-né** ; par Sandner. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1886. n° 26.)

II. **Un cas de melœna des nouveaux-nés. — Anomalie du cœur** ; par Nieberding. (*Wurzburger phys. med. Gesellschaft*, 1886. Mai 8.

III. **Traitement de la coqueluche par les inhalations d'acide phénique** ; par Pick. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1886, n° 21.)

IV. **La resection du genou chez l'enfant** ; par Petersen. (*Archiv. de Langenbeck*, 34e vol., 2e livraison.)

I. Les accidents d'hémoglobinurie apparurent le quatrième jour de la naissance. L'enfant qui était très robuste fut pris sans cause d'un malaise extrême en même temps qu'il présentait de l'ictère des conjonctives et une coloration noirâtre de la peau et des muqueuses. L'urine, dont l'examen histologique ne put malheureusement être fait, était très rare et légèrement brunâtre. A l'autopsie, on trouva les reins très hypérémiés ; de petits exsudats sanguins existaient dans la substance corticale. La capsule de Bowmann et les canalicules étaient remplis de masses jaunes brunâtres constituées en partie par des globules rouges.

II. L'enfant observé par Nieberding succomba le deuxième jour à ses hémorrhagies. La seule cause que l'on en trouva à l'autopsie fut une anomalie du cœur. Le canal artériel était resté perméable et l'aorte, avant le point d'abouchement de ce canal, était notablement rétrécie. N... explique les hémorrhagies par la stase veineuse qui résultait de cette disposition. Il n'y avait d'ailleurs aucune lésion soit dans la veine ombilicale soit dans les vaisseaux mésentériques.

III. Les solutions diluées n'ont jusqu'ici donné que d'assez médiocres résultats. Les inhalations d'acide pur amènent au contraire une amélioration rapide et abrègent notablement la durée de la coqueluche. Pick emploie des masques spéciaux qu'il est facile de porter à demeure et qui renferment une petite boule de ouate imbibée de 15 à 20 gouttes d'acide pur. Cette boule est renouvelée trois fois par jour. Jamais, même chez les très jeunes enfants, il n'y a eu d'accidents toxiques. Il importe pourtant de surveiller attentivement les urines.

IV. Petersen, dans les tumeurs blanches du genou chez l'enfant, a aujourd'hui bien plus souvent recours à l'arthrotomie qu'à la résection. La guérison de la plaie opératoire n'est pas beaucoup plus longue, les récidives et les fistules consécutives ne sont pas plus fréquentes. Le grand avantage est que le raccourcissement est ordinairement beaucoup moindre, l'arthrotomie n'intéressant pas autant le cartilage épiphysaire. Pour bien apprécier cette différence il faut examiner le malade quatre ans au moins après l'opération et surtout après sa complète croissance. Peut-être après l'arthrotomie est-il un peu plus difficile d'obtenir la guérison du membre dans une bonne position. On y parvient pourtant à condition de faire une antisepsie minutieuse et d'avoir ainsi une réunion rapide.

A.-F. Plicque.

CORRESPONDANCE

Des opérations pratiquées pour les cas de rétrécissement du pylore.

Heidelberg, le 9 octobre 1886.

Monsieur le rédacteur en chef,

Pendant mon séjour à Heidelberg, j'ai eu la bonne fortune de voir le professeur Czerny pratiquer sa neuvième opération de résection du pylore. Il s'agissait d'une tumeur exactement limitée à cette région et déterminant un rétrécissement qui rendait l'alimentation impossible. Et, circonstance favorable pour l'opération, la mobilité de la tumeur permettait de penser qu'elle était exempte d'adhérences. Les parties molles étant incisées sur la ligne médiane, au niveau de l'épigastre, dans une étendue de 10 centimètres, la tumeur est attirée à l'extérieur ; puis le mésentère est détaché de la partie à enlever au niveau de son insertion à l'intestin. Cette séparation se fait peu à peu, chaque portion du mésentère étant saisie d'abord par deux ligatures entre lesquelles on fait porter la section. Puis, au-dessus et au-dessous de la partie à enlever, on pose des clamps qui resteront en place jusqu'à la fin de l'opération. La partie malade étant réséquée, l'ouverture stomacale qui doit être abouchée avec celle de l'intestin, se trouve naturellement beaucoup plus large que cette dernière. Aussi, pour rendre la réunion possible, l'opérateur commence-t-il par fermer la plus grande partie de la plaie stomacale en réunissant ses bords, jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un orifice à peu

© BIU Santé

près équivalent à celui de l'intestin. Ce résultat étant obtenu, l'intestin est réuni à l'estomac.

Je n'entrerai pas ici dans le détail du manuel opératoire de cette réunion ; je dirai seulement que les sutures sont faites avec des fils de soie phéniquée placés en très grand nombre, (50 ou 60) et qu'on réunit d'abord muqueuse à muqueuse, puis péritoine à péritoine. Les sutures étant toutes placées, les clamps sont retirés, et la plaie abdominale est fermée après qu'on s'est assuré que l'hémostase est parfaite, et après que la partie qui a été le siège de l'opération a été saupoudrée d'iodoforme.

Quelques semaines auparavant, j'avais vu à la clinique du professeur Lücke à Strasbourg une autre malade atteinte également d'un rétrécissement organique du pylore, mais chez qui la résection étant impossible par suites des adhérences, le professeur avait dû pratiquer une opération spéciale qu'il désigne sous le nom de gastro-entéro-stomie. J'ajouterai tout de suite que le résultat de cette opération était aussi bon que possible, puisque j'ai pu voir assise au pied de son lit la malade qui, quinze jours auparavant, était mourante d'inanition. Cette opération consiste à faire deux ouvertures, l'une au-dessus de la tumeur dans l'estomac, l'autre au-dessous dans l'intestin, et à aboucher ces deux ouvertures en suturant exactement leurs bords. Ici aussi, les sutures sont faites avec la soie phéniquée, et placées en très grand nombre. La réunion est faite d'abord muqueuse à muqueuse, puis péritoine à péritoine. Lücke a pratiqué cette opération 9 fois, et toujours pour des cas de rétrécissement du pylore compliqués d'adhérences rendant l'ablation impossible. Il est clair que, lorsqu'il s'agit comme dans le cas actuel, de cancer du pylore avec généralisation péritonéale et hépatique, la survie ne peut être que de courte durée. Mais c'est déjà beaucoup que de pouvoir procurer cette survie aux malades, et surtout de leur rendre la vie supportable, en leur permettant de s'alimenter. Quelquefois, le bénéfice de l'opération semble définitif, et le professeur m'a cité à ce sujet le cas d'une malade opérée il y a 2 ans et qui jouit encore actuellement d'une très bonne santé. Etant données les idées actuelles sur la fatalité du cancer, il est probable que dans ce cas, le diagnostic de rétrécissement cancéreux posé par Kusmaul était inexact. Mais, cancéreux ou non, la malade n'en serait pas moins morte de faim sans l'opération.

Ces succès ne feront probablement pas changer d'avis ceux qui trouvent plus commode de ne rien faire, prétextant que ces opérations ne peuvent être que palliatives. Comme si le rôle du médecin et du chirurgien n'était pas que cela, le plus souvent. Tous ces cancéreux opérés mourront plus tard de leur maladie : c'est parfaitement vrai. Mais le tuberculeux que vous soignez pour une hémoptysie mourra lui aussi de sa tuberculose. Est-ce une raison pour laisser l'hémorrhagie le tuer tout de suite, si vous pouvez l'empêcher.

Dr FERRET.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Raisons sur l'introduction nouvelle des mères de novices et autres nouveautés. — Les nouveautez que M. le Doyen et MM. du Chappitre de Paris veulent introduire à l'Hostel Dieu, contenus en plus de 25 articles soubz le nom de Reforme et autres introductions nouvelles qu'ils veulent faire contre les anciens statutz de la maizon, tant s'en faut qu'ilz soient necessaires qu'au contraire elles ne peuvent apporter que charge et confusion à la principale fonction qui est le traictement des mallades.

Et d'autant qu'en premier lieu lesdits sieurs Doyen et Chappitre se plaignent de ce qu'on les empesche execution d'ycelles, disant qu'a eux seuls appartient faire statuts, estans les superieurs de ladicte maison, et ne despandans que de Notre St Père et voyant le mal quy règne en ladicte maison, tant par faute de dévotion qu'a l'occasion de ce que les Religieuses n'observent leurs vœux et les filles blanches sont mal conduittes, après que pour parvenir a telle reforme ils ont sceu tout ce qui se faict en ladicte maison, et bien qu'ils ne soient tenus de rien comuniquer, neantmoins ont le tout comuniqué eux administrateurs du temporel au logis de Monseigneur le Premier Président où l'on a trouvé icelles proffitables.

Les administrateurs au temporel dudict Hostel Dieu recognoissent lesdicts sieurs Doyen et Chappitre et autres supérieurs au spirituel de ladicte maison et que sy aucuns Religieux, religieuses ou autres sont *vicieux* ou n'observent leurs vœux, et qu'ilz ce portent contre les antiens statutz et usances de la maison, *qu'ilz doibvent les corriger* et ne permettre aucun abus, mais d'introduire des nouveautez et faire statuts nouveaux qu'ilz ne doibvent et ne peuvent, que quand l'on a faict reformation, ça toujours esté MM. du Parlement qui ont nõmé et commis pour reformer les vices et abus, et pour ce député et nõmé soit quelques uns de MM. du Chappitre avec prieurs et autres de quelque maison, et de Messieurs les administrateurs. Cela se voit par les arretz de l'an 1535 et autres, et pour respondre à ce que lesdicts sieurs Doyen et Chappitre dient que les administrateurs du temporel ne doibvent s'immiser à ce qu'ilz ordonnent, les prient de considérer qu'ou il n'ira de l'interest et proufict de la maison, ils n'en parleront poinct. Mais il est certain que par le serment qu'ils font lors qu'ilz sont cõmis a l'administration dudict Hostel Dieu, ils doibvent faire en sorte que tous les Religieux et Religieuses et autres de ladicte maison fassent chacun leur debvoir aux charges ou ilz sont commis et specialement au traittement des pauvres, doibvent se faire bailler les habitz nourriture et entretenement des religieux et religieuses, doibvent faire recevoir tout ce qui est baillé auxdicts religieux et religieuses, doibvent se faire inventaire de tous les biens de la maison, cela est au long contenu en l'arrest de la Cour de l'an 1505. Or de tout ce que lesdicts Doyen et Chappitre veulent introduire est nouveau et contraire aux articles dudict arrest de 1505 cõme il sera cotté par les articles subsequans, partant il est vray que lesdicts administrateurs sont obligez à ne laisser introduire chose qui offense et soit contraire à ce qui est de la charge où ils s'emploient journellement comme il se verra par les articles particulliers cy après cottées.

Lesdicts administrateurs ont prié souvent lesdicts sieurs Doyen et Chappitre de faire faire profession aux filles estans dans l'an de leur approbation, sy elles sont trouvées capables suivans leurs statuts et ordre de la maison. Il y a cinq filles qui sont audict an d'approbation. L'article du statut pour ce regard, article 4e porte : La novice vestue en la manière que dict est, sera approuvée jusques à un an en l'*exercice d'obedience, de pauvreté, de chasteté, et en la solicitude, vigilance, benignité et compassion envers les pauvres malades*, et sy elle est trouvée utile a la maison et au service des pauvres par la mère Prieure, religieux et religieuses, ilz feront la relation de sa suffisance aux visiteurs par lesquelz luy sera assigné jour phixé pour faire ces vœux.

Le statut estant tel, il est donc certain que les suffrages doibvent estre libres et suivis, neantmoins Monsieur le Doyen a receu les voix du maitre, prieure, religieux, et religieuses séparément, e secrètement, puis ordonné que toutes les cinq feroient les vœux : Les religieux et religieuses sur ce, luy ont remonstré que les troys parts et demy d'entre eulx et elles estoient d'avis que deux feussent rejettées pour n'estre capables et n'avoir les conditions requises par le statut, neantmoins, l'on les veut recevoir.

L'interest de la maison en ce est grand, car elles ne seront pas seulement inutiles estant receues, mais gasteront les autres, puisqu'elles l'ont bien entrepris estans novices et que par six ou sept au plus elles ont esté jugées cappables, examinant icelles. Il est vray que ce sont celles dont on se plainct, pour aucunes estre fainéantes, autres estre desobeissantes, et ensemble désirant nouveauté, se sont liguées à cet effet et aucunes d'icelles ont esté receues par faveur, et maintenant l'on en voict les effectz, car il est vray que sœur Denise Caillebet et autres ont esté receues du temps du frère Guy, Maitre, contre son opinion et qui résista longtemps, disant : « Elle brouillera toute la maison. » Il avoit raison, car outre ce qu'elle dict aux autres que son cœur ne peut veoir les griefs (1) malades, elle se jette à demander à faire des méditations et des informations avec touttes les sortes de presumptions pour advoir esté maistresse d'escolle.

Les administrateurs qui cognoissent par effect telles personnes en peuvent parler, estant vray que de celles qui demandent estre professes, elles ont veu la désobeissance d'aucune et l'arrogance. Aussy désirant estre professes elles veulent qu'il y ait reformation à la maison auparavant, pour ce, elles ont trouvé qui les incitent à celà, tant gens ecclesiastiques que laycques, lesquelz par touttes sortes d'ynventions se meslent de ce dont ilz n'ont aucune congnoissance, et tout ce désordre est arrivé par la liberté que l'on a laissé tant a aucune Religieuse que filles blanches de parler, deviser avec touttes sortes de personnes, de sorte que maintenant par la ville, l'on *scait tous les caquetz qui sy font*, ne rendant pour la plus-part aucune obéissance à prieure, ny soubz prieure, au *détriment des pauvres malades* qui sont maintenant sy mal assistez, que sy l'on ne reprend bien tost l'ordre qui estoit établi et s'observoit il y a deux ans, *il faudra advoir recours à Messieurs du Parlement pour y donner ordre ou tout abandonner*.

(1) Graves.

© BIU Santé

Et auparavant que de venir aux articles nouveaux, il est besoing de parler de la forme que l'on faict observer sans statut et contre les edicts et contre ce qui doibt se faire, c'est qu'estant nécessaire selon les occurences qui viennent en des momants d'envoyer des religieuses et filles blanches aux maisons destinées pour la peste, ayant les administrateurs qui ont le soing de celà, arresté avec le maistre, soubz-maistre, prieure et soubz prieure d'en envoyer, mesmes leur en laisser la nomination, l'on veut que l'on aille quérir de Monsieur le Doyen une permission par escript.

Ce qui ne se peut et n'a jamais esté, premièrement les filles sont receues à cette condition d'aller à la peste. L'édict du Roy de l'an 1603 charge les administrateurs de recevoir des filles pour cet effect ; quand l'on les recoibt l'on leur donne entendre et s'y obligent ; quand il en faut envoyer selon les occurances, il faut que ce soit à l'instant, cõme il est arrivé souvant, le Maitre et la Prieure sont tousjours à la maison pour cela, spécialement, et courir pour avoir cette permission, l'on laisse nos concitoyens en péril, et à faute de pourvoir à celà, a l'instant, l'on ameneroit les malades à l'Hostel Dieu, cõme il c'est faict, partant il faut que sans différer quand il aura esté ordonné que l'on exécute, ou le faut faire ordonner.

Articles. — Ici nous passons les règlements sur la coiffure que les religieuses avaient voulu changer, mais qui restera la même.

— Que les Religieuses méditeront une demye heure le matin.

Chose nouvelle et dangereuse conséquance à l'Hostel Dieu d'introduire des méditations qui aillent en augmentant, le service des malades sera delaissé cõme il se voyt clairement *où telles filles vont le visage baissé*, dient quelles méditent, que sy les malades appelent ou demande quelque chose, elles n'y ont l'attention et ne peuvent lesdictes religieuses et filles se plaindre de ce qu'elles n'ayent assez de temps lymité pour prier et celles qui ont esté portées a telles meditations par gens qui ne scavent le service de l'Hostel Dieu, les perdent, *leur mestant ensemblement infinis scrupules dans la teste, qui les rendent méchantes, fainéantes et nonchalantes, et vaut beaucoup mieux mettre telles filles dehors*, s'en présentant assez d'autres, car qui considerera qu'après que MM. les Doyens du Chapitre auront reglé leurs confessions et cõmunions, elles font leurs prières en se levant, vont touttes à la messe, vont à disner au couvent où l'on lit, vont touttes après graces à l'église tant au soir que matin, font encores avant que ce coucher, ont sermons touttes les festes et dimanches, et souvent des exhortations en leurs salles par gens de dévotion, et toutes les sepmaines chapitre. Il jugera que pour l'Hostel Dieu destiné pour pancer les malades, il n'est besoing d'augmenter le service.

— Que les filles blanches ne seront plus soubz la conduite des religieuses, etc.

Retraite de M. le professeur Pajot.

Samedi dernier, à l'amphithéâtre de la clinique d'accouchements, M. le professeur Pajot disait adieu à ses auditeurs, ses élèves et ses amis. Désirant rester dans les limites de la loi qui impose la retraite aux professeurs âgés de 70 ans, il avait lui-même, le 1er décembre dernier, demandé sa mise à la retraite pour le 18 décembre, après 45 ans d'enseignement, dont 33 à la Faculté. C'était donc fête samedi dernier à la clinique. On tenait à acclamer le professeur sur le point de clore ces leçons qui ont eu tant de retentissement. Les élèves du maitre, des professeurs de la Faculté, des médecins des hôpitaux y assistaient et ont profité de cet instant pour offrir à M. Pajot son buste en bronze et un médaillon représentant ses traits avec cette légende : « Professeur Pajot. Enseignement 1842-1887. » Plusieurs personnes ont répondu aux paroles d'adieu prononcées par le maître : M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, son premier chef de clinique, a parlé au nom de ses élèves, et M. le Dr Peyron, directeur général de l'administration de l'Assistance publique, a voulu remercier au nom des pauvres celui qui a tant fait pour eux.

Tous nos lecteurs connaissent de réputation au moins le nom du professeur Pajot, le succès et l'attrait de ses brillantes leçons, la façon si remarquable dont il exposait ses idées et essayait de les graver dans l'esprit de ses auditeurs. M. Doléris a dit : « A vous le maitre par excellence, le professeur incomparable, issu de l'enseignement *libre*, porté jadis par la voix puissante de l'opinion à la chaire que vous avez illustrée si longtemps, je viens porter le juste tribut d'hommage, d'admiration et de sympathie de la jeunesse studieuse de notre Faculté. »

Le *Progrès médical* s'associe pleinement à ces paroles et acclame le professeur qui a eu le courage de se conformer à la lettre du règlement.

Société de biologie : Modification des statuts.

Dans le comité secret qui a eu lieu à l'issue de la séance du 27 novembre dernier, la Société a nommé une Commission chargée de réviser les statuts. M. Laborde a été chargé du rapport de la transformation de la présidence ; la Commission a adopté ses conclusions : *Abolition de la présidence perpétuelle ; adoption d'une présidence quinquennale ; réégibilité non immédiate.* — M. Grimaux a fait un rapport sur l'établissement d'un Conseil de la Société ; et M. Malassez un rapport sur le passage des membres titulaires en titulaires-honoraires, après neuf ans d'exercice.

Dans la séance du 18 décembre la Société a adopté ces conclusions. Le nombre des votants était de 67 ; il y a eu *unanimité* pour l'abolition de la présidence perpétuelle ; 62 voix pour la présidence quinquennale ; 66 voix pour la réégibilité non immédiate du président ; 66 pour l'établissement d'un Conseil de la Société ; 66 pour le passage d'office des membres titulaires en titulaires-honoraires après neuf ans d'exercice.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Concours de l'internat en médecine.

La dernière séance a eu lieu le 18 décembre. La question orale, que les 4 derniers candidats ont eu à traiter, était : *Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; fractures de la rotule.* Les questions, restées dans l'urne, étaient : insuffisance aortique ; fracture du col du fémur ; colique hépatique ; hernie inguinale et ses complications. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Sérieux, Gresset, Henry, Gilles, Bruant, Souza-Leite et Breitmann. Les internes provisoires sont : MM. Lewoff, Carysphillis, Thenet, Gilbert et Mary. La question écrite a été remarquablement traitée de l'avis de tous les juges ; les épreuves orales ont été moins bonnes, ce qui tient à ce que les candidats ne s'exercent pas par des conférences régulières comme le font les candidats à l'internat des hôpitaux.

Le jury, à la fin du concours, a adressé à M. le Préfet de la Seine un vœu demandant que, à l'avenir, les internes des asiles soient recrutés par le concours général de l'internat des hôpitaux. Si la spécialisation s'explique lorsqu'il s'agit de nommer aux places de chefs de service : médecin, chirurgien, accoucheurs, aliénistes, elle ne se comprend pas quand il s'agit du choix des internes. Nous avons toujours soutenu ici la nécessité du recrutement des internes des hôpitaux, des hospices, des asiles d'aliénés, de la Maison de Charenton et des prisons (Saint-Lazare, la Santé, etc.), par un concours général. Et il devrait aussi y avoir des concours pour tous les chefs de services médicaux de ces établissements, ce qui assurerait à l'Administration un excellent corps médico-chirurgical.

Chronique de la rage.

On lit dans le *Patriote* de Bruxelles : « Un garde-chasse du département de la Sarthe fut mordu par un chien, il y a environ deux mois et demi. Le chien fut abattu de suite et l'autopsie prouva qu'il n'était pas enragé. Néanmoins, pour dissiper toute inquiétude, le garde-chasse fut envoyé à Paris pour être soumis au traitement de M. Pasteur. — On crut nécessaire de lui faire trois inoculations. Cependant peu après son retour le malheureux fut pris de constriction à la gorge, d'hydrophobie et de tous les autres phénomènes de la rage, et il mourut dans d'atroces souffrances. Aujourd'hui on se demande si le chien était enragé ou si ce furent les inoculations qui donnèrent la rage au patient, alors que les morsures n'étaient pas virulentes, et s'il eût été enragé dans le cas où il ne se fût pas fait inoculer. (*Il Morgagni*, 27 novembre 1886.) — Un individu de vingt-sept ans, qui avait été mordu par un chien, le 7 août, se rendit chez M. Pasteur le 11 du même mois, fut soumis aux inoculations quotidiennes jusqu'au 23, et, malgré cela, la rage se manifesta le 14 octobre et l'individu mourut le 17 du même mois. (*Il Morgagni*, 4 décembre 1886.) — Nous donnons ces faits à titre de renseignement, de même que les précédents. Il est indispensable que le public médical connaisse tout ce qui se dit, surtout à l'étranger, au sujet du traitement de la rage par la méthode de M. Pasteur. M. Pasteur a, le premier, intérêt à ce que toutes les remarques qui sont faites, tous les faits qui sont cités puissent être jugés et appréciés à leur valeur.

© BIU Santé

Diplômes fantaisistes.

« A propos d'une de mes dernières causeries, dans laquelle je parlais des diplômes et titres fantaisistes qu'on attribuait à certains soi-disant médecins ou que ceux-ci prenaient sans vergogne, j'ai reçu ces jours-ci, dit Simplissime de l'*Union médicale*, la lettre suivante d'un éminent confrère : « Vous avez tort de penser que tous ces faux titres viennent de notre pays. Il en vient aussi du vôtre, tout comme du nôtre. Par exemple, jetez les yeux sur la couverture du journal que je joins à ma lettre, vous y verrez que ce journal : *La Escuela de medicina*, de Mexico, a pour correspondant parisien M. le Dr Bourneville, directeur du *Progrès médical*, membre de l'Académie de médecine de Paris. Je connais assez M. Bourneville pour savoir qu'il est incapable de s'attribuer un titre qu'il ne possède pas, donc ce n'est pas lui que j'accuse de s'intituler à tort membre de l'Académie de médecine de Paris, mais l'imprimeur du journal, qui a ainsi voulu donner du lustre à sa production. »

Nous avons vérifié l'exactitude de ces renseignements et nous avons constaté que, sans nous en douter le moins du monde, nous étions non pas le correspondant parisien de l'*Escuela medicina* de Mexico, mais l'un des « *colaborades en el extrangero* » et que nous étions affublé d'un titre que nous ne nous sommes jamais attribué. Dans certains pays, il est de mode d'appeler tout le monde professeur ; dans d'autres, peut-être a-t-on l'habitude de croire que tout médecin connu par ses travaux doit être affublé du titre d'académicien.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 12 décembre 1886 au samedi 18 déc. 1886, les naissances ont été au nombre de 1190 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 439 ; illégitimes, 164. Total, 603. — *Sexe féminin* : légitimes, 455 ; illégitimes, 132. Total, 587.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 déc. 1886 au samedi 18 déc. 1886, les décès ont été au nombre de 1054, savoir : 550 hommes et 504 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde ; M. 21, F. 19, T. 40 Variole : M. 1, F. 2, T. 3.— Rougeole : M. 13, F. 21, T. 34.—Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6.—Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 18, T. 31.—Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 2, F. 1, T. 3. —Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. 0, F. 0, T. 0.—Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 10, F. 14, T. 24. — Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 71, T. 194. —Autres tuberculoses : M. 15, F. 6, T. 21.— Autres affections générales : M. 38, F. 42, T. 80.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 19, F. 31, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 16. T. 37. — Pneumonie : M. 22, F. 42, T. 64. — Broncho-Pneumonie : M. 24, F. 16, T. 40. — Athrepsie : M. 25, F. 21, T. 46. — Autres maladies des divers appareils : M. 172, F. 160, T. 332. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 18, F. 3, T. 21.— Causes non classées : M. 11, F. 7, T. 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 82 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 14. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 9. Total : 35.

Concours de l'externat des hôpitaux de Paris. — Les questions données aux épreuves orales de pathologie sont les suivantes : *Symptômes de la pneumonie aiguë* ; — *Appareils inamovibles* ; — *Furoncle*.

Faculté des sciences de Paris. — Le 4 décembre 1886, M. Fabre, maître de conférences à la Faculté des sciences de Toulouse, a soutenu en Sorbonne sa thèse pour le Doctorat ès sciences physiques, intitulée : *Recherches thermiques sur les Sélèniures*.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions*. — 2e Trimestre de l'année scolaire 1886-87. Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 5 janvier 1887. — Il sera clos le samedi 22 janvier, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de Doctorat et de première année d'Officiat, les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13 et vendredi 14 janvier ; 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de Doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'Officiat, les samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21, samedi 22 janvier. La 14e Inscription ne sera point délivrée aux Etudiants qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie du 2e examen (Physiologie). MM. les Etudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de Doctorat, et de 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du vendredi 14 janvier. — *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux* : MM. les Etudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1886-87. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Le personnel du laboratoire de clinique médicale de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, est composé ainsi qu'il suit à partir du 1er décembre 1886 : MM. Gauchez, chef des travaux de physiologie pathologique ; — Esbach, chef des travaux chimiques ; — Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique. — Le personnel du laboratoire de clinique de la Faculté de médecine de Paris, à l'hôpital Necker, est composé comme suit à partir du 1er décembre 1886 : MM. Richardière, chef des travaux d'anatomie pathologique ; — Martinet, chef des travaux chimiques.

Dans sa séance du 16 décembre, la réunion des professeurs a désigné pour la chaire d'*anatomie*, en première ligne M. Farabeuf ; — en seconde ligne M. Remy ; pour la chaire de *physique*, en première ligne M. Gariel ; — en seconde ligne M. Desplats. — Dans la séance du 23 décembre, l'assemblée des professeurs a procédé à la présentation des candidats à la chaire vacante de *pathologie interne*. M. Dieulafoy est présenté en première ligne par 26 voix contre 3 à M. Lancereaux ; — M. Straus en deuxième ligne par 16 voix contre 13 à M. Duguet ; en troisième ligne M. Duguet par 22 voix.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Hochstetter est maintenu jusqu'au 15 mars 1887 dans les fonctions de chef de clinique médicale à ladite Faculté.— M. Lambour (J.), est nommé aide-préparateur de pharmacie à ladite Faculté, en remplacement de M. Blanckaert, démissionnaire.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Soulier (J.), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Armans, démissionnaire.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — M. Weinmann (J.), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique et de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Winsbach, démissionnaire.

Ecole de médecine de Nantes. — 1° *Concours pour la suppléance des chaires de pharmacie et de matières médicales*. Les questions données à ce concours ont été les suivantes. Composition écrite : *Quinquinas et leurs préparations pharmaceutiques*. Leçon orale : *Phénols et leurs dérivés employés en pharmacie*. — Epreuves pratiques : *Recherche qualitative du mélange des sels suivants en solution* : Azotate de bismuth, Hg Cl2, K Br, KI. *Reconnaissance de 50 produits pharmaceutiques* (20 produits de matière médicale, 20 produits pharmaceutiques proprement dits, 10 sels végétaux ou minéraux). — 2° *Concours pour la suppléance des chaires de chirurgie et d'accouchement*. Les questions données à ce concours ont été les suivantes. Epreuve écrite : *Paroi antéro-latérale de l'abdomen, diagnostic et traitement des abcès iliaques*. Leçon orale : *Anatomie pathologique, signes et diagnostic des tumeurs du sein*. Epreuves pratiques : *Examen d'un malade atteint d'une affection chirurgicale et d'une femme enceinte* ; *opérations* (Ligature de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa et amputation du pied par la méthode de Lisfranc). — 3° *Concours pour le prosectorat*. Questions posées : *Langue, anatomie et physiologie* (épreuve écrite) ; *Creux poplité et pli du coude* (épreuves de dissection extemporanée. *Articulation du pied* (pièces sèches) ; *Tissu élastique* (préparations histologiques).

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Brisonnet, licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Universités étrangères. — *Faculté de Tubingue* : M. le privat docent Nauwerck est nommé professeur extraordinaire.

Assemblée de l'association médicale d'Angleterre. — Le prochain congrès aura lieu à Dublin (Irlande), en août 1887.

Crémation. — Le 11 novembre dernier, dit le *British med. Journ.* du 20 nov., a eu lieu la dixième crémation, au crématoire installé par la *Société anglaise de crémation*, situé à St-John's

© BIU Santé

Wolking. Le corps était celui d'une femme de 40 ans. Les cendres pesaient environ 1.800 gr. On n'a observé aucune odeur durant l'opération. Ce bon résultat est dû à ce que la Société a adopté le meilleur appareil crématoire connu, celui qui a été également accepté par le Conseil municipal de Paris.

HOSPICE DE GRENOBLE. — M. le Dr COMTE, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être nommé chirurgien-adjoint.

INSTITUTION ETHNOGRAPHIQUE (28, rue Mazarine). *Ethnographie médicale.* — M. le Dr S. VERRIER, secrétaire général de la société d'Ethnographie, *chargé du cours*, commencera une série de leçon sur la médecine et l'hygiène chez les peuples de race jaune, le vendredi 24 décembre 1886 à 2 heures précises au siège de l'Institution. La 2e leçon aura lieu le vendredi 7 janvier 1887.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le professeur FRÉMY a commencé son cours de chimie organique le 21 décembre 1886, à midi, et le continuera tous les jours, de midi à cinq heures. Les conférences auront lieu deux fois par semaine. Pour prendre part aux manipulations, s'adresser au laboratoire, 63, rue de Buffon.

MYXŒDÈME. — Le Dr Suckling (*The Lancet* du 4 décembre), a présenté à la *Midland Medical Society*, un homme de 40 ans, atteint de myxœdème. Début il y a deux ans. Symptômes ordinaires et typiques du myxœdème. Pas d'albumine dans les urines. Extrémités froides ; pouls petit ; température 75°. Fahrenheit.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. CAUSARD, docteur en médecine, vient d'être nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Bourbonne-les-Bains. — M. le Dr R. FAUVEL vient d'être nommé membre d'un comité analogue pour la bibliothèque de Fécamp, ainsi que M. le Dr DERAJER pour celle de Fougères.—M. BAILLY, maire de Courbevoie, ancien secrétaire général de l'Assistance publique, vient d'être élu conseiller général de la Seine à une grande majorité. M. le Dr MORIN est nommé médecin inspecteur des Ecoles du VIIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le Dr de Lapersonne, démissionnaire. — M. le Dr PASCALÈS a été nommé médecin de l'octroi de Paris et chargé de la deuxième circonscription (XIe et XXe arrondissements).

RESTAURATION DE LA COULEUR DES CHEVEUX PAR L'HUILE DE FOIE DE MORUE PHOSPHORÉE. — D'après *Gaillard Journal* (p. 559), le correspondant anglais du *Journal of american Medical Association*, raconte qu'on a montré récemment un malade dont la chevelure grise était revenue à sa couleur naturelle sous l'influence de l'administration interne d'huile de foie de morue phosphorée ?

VACANCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE LA FACULTÉ DES SCIENCES. — En raison des vacances ordinaires de la fin de l'année, les cours sont suspendus à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences du lundi 27 décembre au lundi 3 janvier.

NÉCROLOGIE.—La *Gazette médicale de Nantes* annonce la mort de M. le Dr Paul LE HOUX, ancien médecin des hôpitaux de Nantes. Il commença ses études à l'Ecole de Nantes, où il fut interne à l'Hôtel-Dieu de 1844 à 1846. Il exerça d'abord la médecine à Frossay (Loire-Inférieure) et ne vint à Nantes qu'en 1863. — M. le Dr RAMBAUD, ancien prosecteur des hôpitaux de Paris, ancien professeur libre, décédé à l'âge de 67 ans, à Paris. — M. le professeur MARGARG, de Turin. — M. le professeur Alexandre von BUTLEROW, chimiste russe distingué. — M. Lorenzo CORVINI (de Milan).—La *Berliner Klinische Wochenschrift* annonce le décès de MM. les Drs OESTREICH et REINCKE, et celui de l'ophthalmologiste Ludwig JANY, élève de Fœrster, à Breslau. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Henri FORTINEAU (fils), de Nantes. Ancien interne des hôpitaux de Nantes (1882), puis interne des asiles de la Seine (reçu le premier au concours de 1883), notre ami Fortineau s'était adonné à l'étude de la médecine mentale, désirant succéder à son père, actuellement encore directeur d'une maison de santé à Nantes. Esprit d'élite, notre camarade eut pu affronter les grands concours et en sortir vainqueur, si sa santé, depuis longtemps chancelante, ne l'avait pas obligé à abandonner la lutte. Sa thèse de doctorat : *Des impulsions au cours de la paralysie générale* (1885), montre ce qu'on pouvait attendre de lui. (Marc. B.). — M. le Dr CLERC, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la ville de Paris, mort à 71 ans. — M. le Dr G. RICHARDSON, professeur d'hygiène à l'Université de Pensylvanie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie SMITH, ELDER, 15, Waterloo Place ; London.

FERRIER (David). — Tye functions of the brain ; 2e édition, revue et augmentée, illustrée de 137 figures. In-8 de 478 pages.

Chronique des hôpitaux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.—*Chirurgie.*—Service de M. TRÉLAT. Consultations, mardi, jeudi et samedi. Clinique et opérations : mercredi et vendredi. — Salle Sainte-Vierge (H.) : 2, fracture de jambe ; 3, épithélioma du plancher de la bouche ; 4, cancroïde du nez, autoplastie ; 5, hypertrophie prostatique ; 6, cancroïde, récidive des lèvres ; 7, double abcès par congestion ; 8, fistule à l'anus ; 9, périty phlite suppurée ; 11, contusion du rein ; 13, fracture comminutive de la jambe ; 20, épithélioma de la langue ; 22, tumeur blanche du genou ; 23, arthrite scapulo-humérale ; 25, fracture de côtes ; 27, fracture compliquée de l'avant-bras ; 32, tuberculose du testicule ; 36, fistules uréthrales ; 38, hydrocèle ; 39, épithélioma du pharynx ; 40, luxation iliaque ; 44, fracture du bassin et rupture de l'urèthre. — Salle Sainte-Catherine (F.) : 1, anteflexion utérine et dysménorrhée membraneuse ; 4, kyste de l'ovaire ; 7, abcès musculaire de la fesse consécutif à la fièvre typhoïde ; 8, fibrome utérin ; 9, endométrite végétante ; 10, coxalgie génitale ; 12, tumeur du sinus maxillaire ; 21, tuberculose du grand trochanter ; 23, kyste fœtal ouvert dans la vessie, cystite ; 25, tumeur blanche du poignet ; 27, fistule vésico-vaginale.

Service de M. DESPRÈS. Consultations lundi, mercredi et vendredi. — Salle Saint-Jean (H.) : 1, mal de Pott cervical : 7, abcès gangréneux de l'anus, diabète sucré ; 13 *bis*, orchite double tuberculeuse ; 16, tumeur érectile ; 18, gangrène du pied ; 19, adénite crurale tuberculeuse ; 21, orchite. — Salle Sainte-Rose (F.) : 1, adénite iliaque ; 3, coxalgie ; 4, hématocèle tubaire, fibrome utérin ; 5, polype utérin ; 10, cancer de l'utérus ; 12, kyste de l'ovaire, ataxie ; 14, adénite axillaire suppurée ; 17, coxalgie.

Médecine. — Service de M. POTAIN. Consultation le mercredi. Clinique mardi et samedi. — Salle Sainte-Charles (H.) : 1, insuffisance aortique, rétrécissement et insuffisance de l'orifice mitral ; 7, fièvre typhoïde ; 8, rétrécissement et insuffisance aortiques, insuffisance mitrale ; 9 *bis*, saturnisme et paralysie hystérique ; 19, néphrite mixte ; 23, pneumothorax. — Salle Sainte-Anne (F.) : 2, néphrite parenchymateuse ; 3, goitre exophthalmique ; 7, pleurésie ; 9, 18 et 24, chlorose.

Service de M. X. suppléé par M. DÉJERINE.—Salle St-Jean-de-Dieu (H.) : 1, pneumothorax tub. ; 2, insuffisance mitrale ; 7, fièvre typh. ; 9, rétréciss. et insuffisance aortiques ; 12 *bis*, hémiplégie hystérique ; 13, pleurésie ; 15, pleurésie gauche ; 16, fièvre typhoïde ; 17, ataxie locomotrice ; 19, rétrécissement et insuffisance de l'orifice mitral, insuffisance tricuspide ; 21, rétrécissement mitral et insuffisance aortique ; 26, dilatation bronchique. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 1, hémiplégie gauche ; 2 *bis*, dothiénentérie ; 7, rétrécissement et insuffisance de l'orifice mitral, rétrécissement aortique ; 8, rétrécissement mitral, hémiplégie gauche ; 11, emphysème ; 13, cancer de l'estomac ; 17, ataxie ; 21, rhumatisme, rétrécissement mitral ; 3 *bis*, rétrécissement mitral ; 22, bronchite et emphysème.

Service de M. DESNOS. — Visite à 9 h. 1/4. Consultation le jeudi. — Salle Saint-Félix (H.) : 1, fièvre typhoïde ; 2, pleurésie en voie de résolution, angine ; 3, rhumatisme, complications cardiaques ; 5, colite ulcéreuse, sciatique ; 6, saturnisme ; 8, hémoptysie, albuminurie ; 11, dyspepsie, athérome généralisé ; 12 colique de plomb ; 13, bronchite généralisée ; 18, paralysie agitante ; 19, fièvre typhoïde, tœnia ; 21, pleurésie purulente ; 22, pneumonie, lèpre tuberculeuse ; 24, diarrhée cholériforme. — Salle Saint-Vincent (F.) : 1, pelvi-péritonite, métrite ; 2, chlorose ; 3, fièvre typhoïde ; 4, rétrécissement mitral ; 5, rhumatisme, pleurésie ; 6, tuberculose pelvi-péritonite ; 8, périencéphalite ; 11, ulcère de l'estomac ; 12, maladie bronzée ; 22, fièvre typhoïde.

Service de M. FÉRÉOL. Consultation le mardi. Speculum le vendredi. — Salle Saint-Louis (H.) : 2, exanthème scarlatiniforme récidivant ; 9, hémiplégie alterne, tabes ; 10, fièvre typhoïde ; 15, bronchite et emphysème ; 16, pleurésie ; 24, aortite chronique ; 27, tabes ; 25, rougeole ; 6 *bis*, tabes à début hémiplégique. — Saint-Basile (F.) : 2, cancer de l'utérus ; 6, mal de Pott ; 8, insuffisance tricuspide ; 10, phlegmatia alba dolens ; 15, hémiplégie ; 16, fièvre typhoïde.

Service de M. LUYS. — Consultation le samedi. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 1, pleurésie droite ; 8, insuffisance aortique asthme cardiaque ; 11, insuffisance mitrale ; 13, rhumatisme articulaire aigu ; 15 *bis*, hémiplégie ancienne avec contracture ; 17, rhumatisme articulaire aigu avec endocardite ; 18, diabète sucré ; 26, anévrysme de l'aorte ascendante ; 27, sciatique rebelle ; 27 *bis*, diabète sucré ; 4 *bis*, paralysie saturnine. — Salle Saint-Joseph (F.) : 1, mal de Pott ; 2, hystérie ; 3, hystérie, paraplégie ; 11, pleurésie sèche ; 12, méningite chronique ; 13, tuberculose pulmonaire et laryngée, œdème de la glotte ; 14, endocardite rhumatismale ; 15, tabès spécifique ; 18, tic de la face ; 21, 28 et 29, morphinomanie ; 16, 17, 26, hystérie.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

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

© BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie. — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc. ; — Revues diverses.

A

Abcès *de la fesse* consécutif à la fièvre typhoïde, par Trélat, 1067 (Laç. rec., par Vignard).

Académie de médecine. Comptes rendus par Josias et Damalix, 943. — *Alcoolisation* des vins, par Rochard, 890 ; — par Riche, 905. — *Alcools* (Rapport sur les) par Rochard, 576, 1054. — *Aliénés* (Sur la responsabilité partielle des) par Ball, 783. — *Assainissement* (Sur l') de la côte orientale de la Corse, par Costa, 701. — *Bright* (Sur la maladie de), par Semmola, 783. — *Cardia* (Contraction du), par Goubaux, 721. — *Centres nerveux*, par Luys, 843. — *Choléra* (Sur le) chez les femmes grosses, par Queirel, 891. — *Cocaïne* (Sur l'emploi de la) dans la staphylorrhaphie partielle, par Erhmann, 903. — *Crâne* (Mensuration du) par Luys, 826. — *Dilatation utérine* (Sur un nouveau procédé de) par Vulliet, 862. — *Discours* prononcé sur la tombe de Rouis, par Schutzemberger, 905. — *Eaux* minérales (Rapport sur le service des), par Vital, 998 ; — par Planchon, 1096. — *Elections*, 560, 577, 599, 616, 702, 721, 1016, 1096. — *Etude* statistique et médicale sur le recrutement dans le département de la Loire-Inférieure, par Lagneau, 1096. — *Fibrôme* intra-péritonéal, par Le Fort, 675. — *Fièvre typhoïde* (Sur la jugulation de la) par Pécholier, 657. — *Filaire de Médine*, par Le Fort, 577. — *Hydropisie* de la vésicule biliaire due à la présence d'un gros calcul dans le canal cystique, par Terrillon, 1075. — *Hygiène* (projet de réorganisation de l') publique en France, par Henrot, 1075. — *Hystérectomie* dans un cas de cancer de l'utérus, par Richelot, 599 ; — par Terrillon, 560. — *Insuffisance aortique*, par C. Paul, 890. — *Kystes* (Sur la pathogénie des) dits séreux de l'orbite, par Panas, 1096. — *Laverie* (Sur la) du mouton, par Chatin, 826. — *Larves* de Teichomyza fusca, par Chatin, 783. — *Lavements* (Sur les) gazeux dans les cas de laryngite aiguë simple, etc., par Bergeon, 997. — *Ligature* (Sur la) de l'iliaque interne droite pour une tumeur pulsatile de la fesse correspondante, par Poncet, 905. — *Lombroso*. Ninfomania paradossa 789. — *Maladies* (Des) qu'on observe en Syrie, par de Brun du Bois noir, 702. — *Microbisme* latent, par Verneuil, 657. — *Néphrectomie* pour un rein flottant, par Polaillon, 600. — *Ovaires* (pathologie des), par Gallard, 783. — *Pneumotomie*, par de Beurmann et Prengrueber, 891. — *Pierre* de la vessie et double fistule uréthro-pénienne, taille hypogastrique, uréthroplastie dans la même séance, par Dubar, 1096. — *Prix* (Rapport sur le) Herpin, par Cornil, 998 ; — de l'hygiène de l'enfance, par Roger, 1055 ; — (Rapport sur les) décernés en 1886, par Proust, 1118. — *Quinquina* (Extrait normal de) granulé, par Roy, 637. — *Rage* (nouvelle communication sur la) par Pasteur, 996. — *Rectum* (Sur l'injection de médicaments gazeux dans le) par Cornil, 890. — *Résection* tibio-tarsienne, par Chauvel, 804. — *Schiffers* : hémiatrophie de la langue, 789. (An. par Baratoux). — *Strabisme* (Sur le) et son traitement, par Javal, 862. — *Substitution*, dans l'éclairage ophthalmoscopique binoculaire de la lumière directe à la lumière latérale réfléchie, par Giraud-Teulon, 1075. — *Surmenage* (Sur le) intellectuel des jeunes filles, par Dujardin-Beaumetz, 804. — *Taille* stomacale pour l'extraction d'une fourchette, par Polaillon, 721, 826. — *Vaccination*, par Blot, 657 ; — rabiques par Colin (d'Alfort), 997. — *Vinage* (Sur le) et le mouillage des vins, par Gallard, 616, 675 ; — par Bergeron, 637 Disc : 657, 675, 1016, 1034.

Académie des sciences (Comptes rendus par P. Loye), 559, 576, 599, 616, 637, 655, 674, 701, 721, 743, 783, 804, 825, 843, 862, 889, 905, 943, 995, 1016, 1033, 1054, 1074, 1117.

Achenne, 1019.

Affections *spasmodiques et médicaments* antispasmodiques, 809.

Aimant (De l'influence de l') pour le transfert des manifestations hystériques à un autre sujet, par Babinski, 1010.

Anatomie, 733.

Angine (De l') sous-maxillaire [infectieuse, par P. Tissier, 734, 757, 775, 798.

Anophthalmie avec hernies bilatérales congénitales du cerveau, 650.

Aponévrose (Retraction de l') *palmaire*, par Souza-Leite, 816.

Assistance publique, 572, 589 (Voir Varia).

Ataxie (un cas d') héréditaire, par *Descroizilles*, 589.

B

Babinski, 853, 875, 1010.

Bactériologie (Revue de). — *Bienstock* : zur Frage der sog. Syphilisbacillen und d. Tuberkellbacillen, 680 (an. par Dagonet). — *Bordini-Uffreduzgi* : Ueber die biol. Eigenschaften der normalen Hautmicrophyten, 681. (An. par Dagonet). — *Friedlander* : Zusatz zu vorstehender Arbeit, 680. — *Hoffa* : Bacteriologische Mittheilungen, 680. (An p. Dagonet). — *Touton* Wo Liegen die Leprabacillen, 680. (An. par Dagonet).

Berbez, 835.

Bibliographie. — *Algeri* (V. M.) : Sulle degenerazioni discendenti consecutive a lesioni della corteccia cerebrale, 832. — *Baratoux* : De la syphilis de l'oreille, 526 ; — De la voix, 703. — *Blanchard* (R.) : Traité de zoologie médicale, 1100. — *Bouchardat* : Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1886, 1021. — *Bourneville* : Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, 582 ; — La possession de Jeanne Ferry, 1020 (An. par Kéraval). — *Brossard* : Etude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant dans les membres inférieurs, 1100 (An. par P. Marie). — *Burkner* : Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells, 1100. (An. par J. Baratoux). — *Courtray de Pradel* : Contribution à l'étude de la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie au début, 1020. — *Féré* (Ch). Traité élémentaire d'Anatomie médicale du système nerveux, 1059. (An. par P. Poirier). — *Freund* (S.) : Névrite multiple aiguë des nerfs spinaux et crâniens, 642. (An. par Gilles de la Tourette). — *Garnier* : Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, 1043. — *Gaucher* : [Pathogénie des néphrites, 563. — *Gautier* (*L.*) : Manuel de toxicologie, 750. — *Gilis* (P.) : Prolifération de la cellule, par Karyokinèse, 1060. (An. par Marcel Baudouin). *Gresswell-Baber* : A Guide to the examination of the nose, 832. — *Grias* : Recherches anatomiques sur les kystes simples de la Mamelle, 1013. (An. par Marcel Baudouin). — *Hirt* : Tabes dorsalis avec conservation des reflexes rotuliens, 871. (An. p. P. Marie). — *Hommage* à M. Chevreul à l'occasion de son centenaire, 870. —

© BIU Santé

Jobert (L.). Les gauchers comparés aux droitiers, au point de vue anthropologique et médico-légal, 1004. (An. par Marcel Baudouin). — *Lafon* (Ph.). De la Toxicologie en Allemagne et en Russie, 643. (An. par Gilles de la Tourette). — *Lannelongue* : Leçons sur la coxotuberculose, 894. (An. par Marcel Baudouin). — *Le Gendre* : Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde, 666. — *Lober*. Paralysies, contractures. — *Lussana* : Un caso di morbo d'Addison, 848. — *Marina* (A. R.) : Etude sur les amyotrophies, 832. — *Mémoires* publiés par la Société Finlandaise de Médecine à l'occasion de son jubilé cinquantenaire, 666. — *Mobius*. Ueber Insufficienz des Convergenz bei Morbus Basedowi, 642. (An. par Gilles de la Tourette). — *Mobius* : De la paralysie faciale récidivante, 870. (An. par P. Marie). — Nouvelles observations sur le tabès, 871. (An. par P. Marie). — *Moncorvo* : De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, 871. — *Moure* : Manuel pratique sur les maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, 848. — *Musso* : Sui movimenti del respiro nell' angoscia precordiale degli stati melancolici, 683. — *Palin* : L'analyse quantitative et qualitative de la nourriture des paysans dans quelques villages du district d'Akkerman, 626. — *Peyer* : Atlas de microscopie clinique, 1043. — *Revilliod* : Notes cliniques sur quelques maladies des enfants, 809. — *Sajous* : Lectures on the Diseases of the nose and throat, 750. — *Tarnier et Budin* : Traité de l'art des accouchements, 1081. (An. par Ch. Maygrier). — *Variot* : Eléments figurés du sang. Anatomie et physiologie, 1020. — *Vasiliu* : Despre Maduva osselar ca organ de formatiune a globulelor rosŭ ai sangelui, 749.

Blanchard (R). 591, 611.

Blocq, 840.

Bois, 855.

Bourneville, 554, 651, 673, 691, 779, 800, 821, 921, 1029, 1051.

Bresson, 671.

Bricon, 651, 673, 691, 779, 800, 824.

British *Association Medical*. (Réunion de Brighton). 763.

Bruhl, 773.

Bulletin *du Progrès Médical*. — *Aliénés* (Révision de la loi sur les) par E. T. 1071, 1094, 1115. — *Affection* (Une nouvelle) parasitaire de l'enfance : La Perlèche, par J. Gomby, 597. — *Association* française pour l'avancement des sciences. Congrès de Nancy, par Marcel Baudouin, 695. — *Asymétrie* (De l') chromatique de l'iris considérée comme stigmate névropathique, par Ch. Féré, 802. — *Bureaux de Bienfaisance* (Le décret sur la réorganisation des), par G. Robinet, 823. *Congrès* (Le) français de chirurgie à Paris, par Marcel Baudouin, 881, 904. — *Congrès* (Le 59e) des naturalistes et médecins allemands en 1886 à Berlin, par Marcel Baudouin, 1031. — *Concours* (Le) des médecins aliénistes des hôpitaux, 558. — *Cours* (ouverture du) de : Budin, 1033 ; — Charcot, 1013 : — Cornil, 994 ; — Dastre, 1014 ; — Duplay, 1014 ; — Duclaux, 1015 ; — Falret, 994 ; — Farabeuf, 1073 ; Fournier, 1033 ; — Laboulbène, 1014 ; — Lacaze-Duthiers, 1015 ; — Le Fort, 1014 ; — Magnan, 1014 ; — Mathias Duval, 993. — Panas, 994 ; — Peter, 1073 ; — Potain, 1073 ; — Richelot, 1053 ; — Sée G., 993 ; — Tillaux, 994 ; — Trélat, 1032. — *Décrets* (Les) du 30 juillet, et les Agrégés des Facultés de médecine, par Bourneville, 921, 1052. — *Enseignement* (L'). Clinique de l'hôpital des Enfants Malades, 1053. — *Gambetta* (Le cerveau de), par Marcel Baudouin, 614. — *Hôpital Saint-Louis* (Création à l') d'un service à demi-pensionnat pour les enfants atteints de la Teigne, 654. — *Hygiène* (Question d') infantile, par J. Comby, 781. — *Jeûne* (Le) de Succi, 861. — *Laïcisation* des Hôpitaux, 654, 904. — *Limite* d'âge des professeurs de l'enseignement supérieur, 636. — *Maladies* (De l'isolement des) contagieuses, 841. — *Médecine* (La) d'imagination, par Ch. Féré, 741, 760. — *Paul Bert*, par P. Loye, 1012. — *Pavage* (Le) en bois aux abords des hôpitaux, 673. — *Plaques* (Les) commémoratives dans les Hôpitaux, 674. — *Projet* (Le) de loi organique militaire dans ses rapports avec la médecine et les médecins, 575.

Budin, 755, 1027.

C

Cancer (note à propos d'une observation de) du col utérin terminée par accidents urémiques, par Letulle, 737.

Cancer primitif du cœcum, par Blocq, 840.

Cazin, 671.

Chancres (contribution à l'étude du diagnostic des) *vénériens*, par Humbert, 1091. (Leç. rec. par Thiéry, 1091.

Chaput, 857.

Charbon (Leçons sur le), par Straus, 609, 795, 813, 899.

Charcot, 853, 875, 987.

Cheyne-Stokes (*quelques observations sur le phénomène de*) par Pioggio, 690.

Chimie medicale, 633,

Chirurgie (Revue de), par Petit Vendol et Marcel Baudouin. — *Del Greco* : Contributo all disarticolazione dell' omero, 895. — *Duséa* : Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels, 1057. — *Espina y Capo* : Cas clinique d'hydatides du poumon, 895. — *Felelli* : Nota de denucioti cafiscea, 895. — *Forgues et Maubrac* : Des luxations pathologiques et de leur pathogénie, 1057. — *Lagrange* : Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, 1057. — *De Moares-Barros* : Des luxations de l'extrémité supérieure du radius, 1057.

Clavicule (*Décollement épiphysaire de l'extrémité interne de la*), par Verchère, 1969.

Clinique chirurgicale, 551, 734, 757, 775, 798, 816, 838, 855, 880, 903, 931, 1029, 1050, 1067, 1069, 1107.

Clinique des maladies mentales, 1089, 1108.

Clinique médicale, 593, 737, 1009, 1029, 1049, 1051.

Clinique nerveuse, 554, 691, 779, 800, 821, 835, 853, 987.

Clinique obstétricale, 755.

Collège de France, 939, 1088.

Cœur *atteint d'endocardite ulcéreuse*, par Letulle, 836.

Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences (compte rendu par M. Baudouin). — *Bureau* : 1886, 697 ; bureau : 1887, 779. — *Abcès* (traitement des), de la région ano-rectale, par Reclus, 698. — *Alcoolisme* (De la lutte contre l') par Alglave, 697. — *Amaurose* hystérique par Bernheim, 700. — *Amygdalites* (sur les) infectieuses, par Dubousquet-Laborderie, 698. — *Anémie* (l') progressive pernicieuse, par Henrot, 719. — *Appareil* destiné à amener le contact avec le col utérin des liquides dans le vagin, par Gairal, 696. — *Appareil* injecteur, par Ruault, 696. — *Appareil* perfectionné pour l'administration d'un mélange de chloroforme et d'air, par Dubois, 698. — *Application* (De l') du tout à l'égout à Grenoble, par Giraud, 697. — *Bassin* (Un) spondylizématique, par Grynfelt, 699. — *Cardiopathies* (Des) artérielles, par Huchard, 700. — *Cataractes* séniles par Rohmer, 719. — *Cataracte* (De la maturation de la), par Rohmer, 697. — *Catarrhe* (Traitement du) col utérin, par Pamard, 719. — *Chlorose* (traitement de la), par Dagrève, 701. — *Coqueluche* (Traitement de la), par Netter (de Nancy), 696. — *Déformations* (Rapports qui paraissent unir les) du membre inférieur dans la coxalgie avec la double source d'innervation de l'articulation coxo-fémorale, par Duzea, 720. — *Démographie* et Hygiène de Nancy, par Schawb, 697. — *Désinfection* (Sur la) par la vapeur des objets de literie, par Herscher, 697. — *Diphthérie* (Traitement de la) par les essences, par Delthil, 698. *Dysménorrhée* (Traitement local de la) membraneuse, par Laudowski, 696. — *Eaux d'Egouts* des villes (Principes à consulter dans le choix des terrains destinés à recevoir les), par Carnot, 697. — *Endométrite*, par Apostoli, 697. — *Fièvres* intermittentes rebelles, par Rochard, 697. — *Fièvre typhoïde* (Sur l'état sporadique de la), par Arnould, 697. — *Fièvre typhoïde* (De la récidive de la), par Deshayes, 697. — *Fièvre Typhoïde* (Récidive de la), par Deshayes, 719. — *Gangrène* symétrique des extrémités, par Bérillon, 699. — *Genou* (Désarticulation du), par Heydenreich, 699. — *Gymnastique* médicale, par Tyson, 700. — *Habitation* et vêtements dans les pays chauds, par Maurel, 697. — *Hématémèse* hystérique, par A. Ollivier, 699. — *Hématoscopiques* (Recherches), par Hénocque, 699, 701. — *Hernie* (Un cas de) diaphragmatique, par Lallement, 720. — *Hygiène* professionnelle de blanchissage et des travaux qui le précèdent ou le suivent, par Brémond, 697. — *Hypnotisme* (de l') au point de vue médico-legal, par Liegeois, 700. — *Incontinence d'urine* (Guérison de l') par la suggestion hypnotique, par Liébaut, 700. — *Injection* dans le rectum, etc., par Bergeon, 720. — *Instrument* (Nouvel) pour l'exploration fonctionnelle de la rétine, par Charpentier, 720. — *Lavoirs publics* (Sur les), par Gérardin, 697. — *Laryngoscope* (Du), par Koch, 700. — *Maladies contagieuses* (De la liberté individuelle dans ses rapports avec les), par Henrot, 697. — *Médecine légale* (De quelques exceptions en) par Gosse, 697. *Mésologie* parasitaire humaine par Verneuil et Verchère, 720. — *Mort* (Causes prochaines de la) dans les maladies, par Fauvelle, 719. — *Mouvement* (Influence du) professionnel sur le rhytme de la respiration et de la circulation, par Poincaré, 697. — *Myopathie* atrophique progressive, par Ladame, 696. — *Naphthaline* (De la) dans certaines affections des voies urinaires, par de Pezzer, 719. — *Néoplasmes* (De la douleur et de l'indolence dans les) en général, par Verneuil, 699. — *Nez* (Nouveau mode de restauration du), par Poncet, 720. — *Ophthalmie* (De l') phlycténulaire, par Couturier, 699. — *Ostéome* du pied et extirpation du calcanéum, par Gross, 720. — *Ostéotomie* du nez, par Viennois, 720. — *Panaris* (Analogie du) osseux et de l'ostéomyélite infectieuse, par Petit, 700. — *Pancréatine* (Rôle de la) dans l'économie, par Defresne, 698. — *Paralysie* des dilatateurs de la glotte, 699. — *Personnalité* (Changements de la), par Burot, 700. — *Phénomènes psychomoteurs* (Sur la dissociation dans l'état d'hypnotisme et à l'état de veille des), par Bérillon, 699. — *Phlegmon* sus-pectoral spontané chez les alcooliques, par Lardier, 700. — *Phthisie pulmonaire* (Traitement de la) par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Seiler, 697. — *Plages* du nord, par de Valcourt, 700. — *Pneumonies* (Sur les), par Laucereaux, 699. — *Ptomaïnes* (Du rôle des) dans les empoisonnements par les substances alimentaires, par Deshayes, 697. — *Rage* du loup, par Du Mesnil, 719. — *Scrofulides* micrococciennes, par Duclaux, 697. — *Service* (Le) Municipale de la préservation de la variole à

© BIU Santé

Bordeaux, par Layet, 697. — *Sommeil hypnotique* (Sur la production du), par Voisin, 696. — *Spéculum* (Nouveau), par Lévy, 700. — *Stéthoscopes* (Des), par Maurel, 700. — *Troubles visuels* d'origine corticale par Lannegrace, 720. — *Tumeurs* (Contre-indication de l'extirpation des) tirées de l'examen du sang au microscope, par Nepveu, 697. — *Utérus* (De l'emploi du fer rouge dans les inflammations de l'), par Gentilhomme, 720. *Zona* (Sur le) chronique, par Leudet, 698.

Congrès (deuxième) français de chirurgie, (compte rendu par Marcel Baudouin). — *Albuminurie* (De l'influence de l') dans les opérations chirurgicales, par Dumesnil, 912. — *Carotide* (Ligature de la) primitive, par A. Reverdin, 908; disc : Fontan. — *Cataracte* (Des procédés actuels d'extraction de la), par Abadie, 910. — *Catarrhe* du sinus maxillaire, par Combe, 913. — *Cystotomie* (Sur la) sus-pubienne, par Gross, 886; disc : Poncet. — *Difformités* (Des) congénitales, par Redard, 914 ; disc : Jeannel. — *Dilatation* (Des avantages de la) dans le traitement curatif et palliatif du cancer utérin, par Vulliet, 918. — *Drainage* (Du) métallique à faible diamètre dans le traitement des Kystes de la mâchoire, par Magitot, 910. — *Drainage* (Du) et de la réunion primitive, par Chenieux, 886 ; disc : Mollière—Plum—Poncet. — *Epithéliome* calcifié, par Malherbe, 889. — *Fibromes* (Traitement électrique des) utérins, par Apostoli, 914. — *Fracture* de la tête humérale, par Tripier, 912. — *Greffes* osseuses, par Poncet, 885. — *Hernies* (Cure radicale des) épigastriques non étranglées, par Terrier, 910. — *Hydrocèle* (Traitement de l') par l'excision de la tunique vaginale, par Tedenat, 908. — *Injections* (Du danger des) sous-cutanées de morphine dans l'étranglement herniaire, par Routier, 913. — *Intervention* (De l') opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles, 911 ; disc : Mollière — Trélat — Bouilly — Verneuil — Reclus. — *Intestin* (Plaie de l'), par Aubert, 912. — *Kystes et fistules* d'origine branchiale, par Cusset, 909 ; disc : Trélat — Pozzi — Poncet. — *Lanoline* (De la), par Aubert, 915. *Larynx* (Extirpation du), par Labbé, 909. — *Lithotritie* (Indications et contre-indications de la), par Guyon, 883 ; — par Reliquet, 885. — *Lithotritie* (Limites de la), par Bazy, 913. — *Luxation* du coude, par Doyen, 912 ; — par Decès, 912 ; — de l'épaule, par Severeano, 912 ; — par Maydl, 912. — *Luxation* du pouce par Nepveu, 909. — *Manuel* opératoire de l'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc, par Berger, 888. — *Manuel* opératoire et indications de l'hystérectomie vaginale, par Richelot, 885 ; disc : Duplouy, Péan, Beckel, Tedenat, Demons. — *Mégalascopie* (De la), par Boisseau du Rocher, 914. — *Myxœdème* (Du) consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde, par J. Reverdin, 882. — *Néphrectomie* (Sur la) par Le Dentu, 886. — Disc : Lucas-Championnière, Bouilly, Demons, Malherbe, Schwartz, Reliquet, Doyen, Ollier, Jeannel, Péan, Béckel, Segond, Trélat. — *Ophthalmotomie* (De l'), par Galezowski, 911. — *Ostéoclasie* (L') comparée à la résection dans les ankyloses de la hanche et du genou, par Ollier, 908. — Discuss. Reverdin, Mollière, Verneuil. — *Panaris* (Du) tuberculeux de la phalangine du médius droit, par Peyrot, 914. — *Pansement* antiseptique au moyen de la Tourbe, par Redon, 914. — *Papillome* de la vessie extirpé par la voie hypogastrique, par Desnos, 910. — *Pédicule* (Torsion du) des Kystes de l'ovaire, par Terrillon, 885. — *Prolapsus* (Traitement chirurgical du) utérin, par Marchand, 913. — *Pseudo-scrofule* (Sur la) au point de vue chirurgical, par Chaumier, 886. — *Rachis* (Déviation du), par Dally, 910. — *Résection* du coude, par Pozzi, 908. — *Résection* de l'épaule dans les luxations anciennes, par Ollier, 912. — *Résection* du genou, par Lucas-Championnière, 889. — Disc : Dumesnil, Ollier. — *Résection* de la hanche dans les luxations congénitales, par Vincent, 913. — *Résections* (Des) orthopédiques, 907. — Discuss : Lagrange, Mollière, Reclus, Vaslin, Labbé, Doyen, Gross, Ed. Martin, Arragon, Levrat, Décès. — *Secrétaires* (Nomination des), 884. — *Suture* (de la) à distance et de quelques applications chirurgicales de la greffe animale, par Assaky, 910. — *Sutures* (sur un cas de disjonction des) du crâne, par Lannelongue, 888. — *Suture* des nerfs, par Tillaux, 888. — *Tétanos* (sur la nature, la pathogénie et le traitement du) ; disc : Vaslin, Balestreri, Thiriar, Maunoury, Verneuil, Doyen, Bories, Larger, Blanc, 883, 834. — *Tibia* enlevé dans un cas d'ostéomyélite aiguë, par Pamard, 889; discuss : Ollier. — *Trépanation* (Des indications de la) dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, par Vaslin, 889. — *Tuberculose* (Sur la) primitivement dans les bourses, par Reclus, 888. — *Tumeur* coccygienne congénitale, par Leriche, 889. — *Tumeurs* sanguines extra-crâniennes, par Lannelongue, 886. — *Tumeurs* (Diagnostic et traitement des), de la vessie, par Guyon, 910. — *Urines* (Analyse des) en chirurgie abdominale, par Thiriar, 883. — *Varicocèle*, cure radicale, par Le Dentu, 886.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie, 646.

Congrès (5[9]e) *des Naturalistes et Médecins Allemands*, 829, 845, 915.

Contracture (Sur un cas de) *spasmodique d'un membre supérieur survenue chez l'homme* en conséquence de l'application d'un appareil à fracture par Charcot, (Lec. rec. par Babinski, 853, 875

Contracture (Sur la diathèse de) *et en particulier sur la contracture produite chez les sujets hystériques*, par Berbez, 835.

Correspondance. — *Conseil* aux médecins et aux étudiants : désinfection des mains, par Danlos, 983. — *Correspondance* de Berlin, 563; — des Iles Shetland, par Martha, 808. — *Encombrement* dans les hôpitaux, par Trélat, 1100. — *Gynécologie* (La) à Strasbourg, 896. — *Lettre* d'Angleterre, 746. — *Lettres* d'Autriche, par Leibowitz, 703, 1083; — de Berlin par Casper, 1019; — de Vienne, par Leibowitz, 765. — *Médecins* (Les) Italiens et la Condotta médicale, par Chuquet, 580, 624, 787. — *Nominations* (à propos des) des médecins d'asiles aliénés, 665. — *Opérations* (Des) pratiquées pour les cas de rétrécissement du pylore, par Ferret, 1124. — *Ophthalmologie* (L') à Heidelberg et Bonn, par Ferret, 1042. — *Pharmaciens* (Les) militaires d'après la nouvelle loi sur l'organisation de l'armée, 665, 848. — *Projet de loi* (à propos du) sur la pharmacie, 725, 869, 917. — *Protestation* des agrégés de la Faculté de Montpellier à propos des décrets du 30 juillet, 1042. — *Psoriasis* (à propos de l'étiologie du), par Wolf, 765. — *Secret* (Le) médical dans l'armée, 1059. — *Société* (à propos de la) de secours mutuels entre médecins en cas de maladie, par Barbulée, 1304. — *Société* (La) Rodolphinienne et son Ecole d'infirmières, par Kéraval, 601, 681, 746, 788, 832.

Courbarien, 779, 800, 821.

D

Defresne, 1003.

Dentaire (Revue), par Cruet, 846. — *Abadie* : Sur quelques accidents de la première dentition, 846. — *Andrieu* : Leçons cliniques sur les maladies des dents, 846. — *Chabaud* : Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur, 846. *Colle* : Considération sur les fistules osseuses d'origine dentaire, 846. — *Galippe* : Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, 846.

Dermatologie (Revue de) : Compte rendu par Tavernier, 745. — *Hoffmann* : De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des maladies des femmes, 745. — *Leloir* : Sur une variété de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards, 745. — *Obersbener* : Contribution à l'étude du prurit d'hiver, 745. — *Pellizari* : Ulcère cutané d'origine nerveuse, 745. — *Riehl* : Signification pathologique du prurigo, 745. — *Wolff* : Etiologie du psoriasis, 745.

Descroizilles, 569.

Demars, 1029.

Demoulin, 1029.

E

Eclampsie au septième mois de la grossesse chez une multipare, par Lancry, 755.

Ecoles dentaires, 945.

Ecole des hautes Etudes, 1007.

Ecoles navales *de médecine*. — *Brest* : 965. — *Rochefort* : 965. — *Toulon* : 965.

Ecoles *préparatoires de médecine*. — *Alger* : Concours, 708. — Cours, nom., 646, 710, 957, 1062, 1103. — *Amiens* : 959. — *Angers* : 629, 959, 1062, 1088. — *Besançon* : 850, 959, 1062, 1088, 1103. — *Caen* : 589, 686, 959, 1007. — *Clermont-Ferrand* : 850, 959, 1023, 1062, 1103. — *Dijon* : 686, 710, 959, 1023, 1062. — *Grenoble* : 959, 1088, 1103. — *Limoges* : 959, 1008, 1047. — *Marseille* : 957, 1024, 1062, 1088. — *Nantes* : 629, 710, 956, 1062, 1103, 1127. — *Poitiers* : 959, 1008, 1062. — *Reims* : 959. — *Rennes* : 565, 589, 629, 669, 959, 1024, 1101. — *Rouen* : 606, 959. — *Toulouse* : 959, 1088. — *Tours* : 959, 1103, 1127.

Ecoles *supérieures de pharmacie*, 942. — *Montpellier* : 942, 1024, 1062, 1088. — *Nancy* : 606, 850, 949, 1103, 1127. — *Paris* : 1007, 1023, 1047, 1062.

Ecole du Val-de-Grace, 945.

Ecole vétérinaire de Lyon, 589, 629, 810.

Ectromélie unilatérale, par Bourneville et Bricon, 651, 673.

Enseignement médical libre 938. — *Apostoli* : 1023. — *Bouilly* : 707. — *Doléris* : 1006. — *Dubuc* : 1006. — *Gallard* : 1006. — *Galezowsky* : 1006. — *Landouzy* : 707. — *Latteux* : 668, 833, 1046. — *Méuière* : 833. — *Miot* : 1023. — *Ollivier* : 1046. — *Picard* : 1023. — *Pozzi* : 1046.

Epilepsie idiopathique, par Bourneville, Bricon, et Courbarien, 779, 800, 821.

F

Faculté de médecine. — *F. de Bordeaux* : 565, 629, 646, 708, 850, 920, 952, 1087.

F. de Lille : 644, 668, 686, 708, 850, 898, 950, 985, 1007, 1047, 1062, 1087, 1103.

F. de Lyon : 606, 644, 708, 873, 898, 951, 1007, 1062, 1087, 1103.

F. de Montpellier : 629, 644, 710, 850, 873, 874, 946, 985, 1062, 1088, 1103.

F. de Nancy : 710, 898, 947, 1062, 1088, 1103.

F. de Paris : Actes de la Faculté, 564, 588, 605, 628, 898, 919, 984, 1006, 1022, 1046, 1062, 1087, 1102. — Agrégation, 565, 588, 606, 644, 646, 666, 686, 850, 924. — Bibliothèque, 927. — Prix, 927. — Prosectorat, 646, 754. — Conférences, 1023, 1047, 1087. — Consignations, 646. — Cours, 898, 918, 920, 923, 929, 1007, 1062. — Auxiliaires, 920. — Complémentaires, 918. — Clinicat, 565

© BIU Santé

588, 629. — Cliniques, 668, 923, 984. — Concours ; Division des Etudes, 918, 924. — Ecole pratique, 926. — Examens, 985.— Herborisations de Baillon, 928. — Histologie, 925, 1023. — Inscriptions, 925, 928, 1127. — Laboratoire, 928. — Musées, 927. — Nominations, 1047, 1127. — *Régime ancien*, 925, 926.— Thèses soutenues à la, 565, 588, 605, 628, 919, 984, 1006, 1022, 1046, 1062, 1087, 1102. — Travaux pratiques, 794, 918, 923, 934.

Faculté des sciences. — *Besançon* : 668. — *Bordeaux* : 668, 834. — *Caen* : 629, 646, 668, 1007, 1063. — *Clermont* : 668, 1007, 1047. — *Dijon* : 565, 668, 1023, 1047. — *Grenoble* : 668, 834, 1023, *Lille* : 668, 1023. — *Lyon* : 669, 920, 1023. — *Marseille* : 669, 720, 1007. — *Montpellier* : 669, 1007, 1127. — *Nancy* : 669, 1007. — *Paris* : Nom, 588, 589, 606, 629, 646, 686, 754, 874, 940, 1006, 1023, 1047, 1087. — Conférences, 874. — *Poitiers* : 669, 898, 1007. — *Rennes* : 669, 710, 754, 1007. *Toulouse* : 669, 898.

Ferret, 880, 991, 1050

Filaire (La) *sous-conjonctivale*. — Filaria Loa, par Blanchard (R.), 591, 611.

Folie (Considérations générales sur la), par Magnan, 1089, 1108.

Formules. — *Poudre iodoformée* : 1023. — *Psoriasis* (Traitement du) *palmaire*, 1087.

Fracture *de cuisse*, par Ferret, 991.

G

Gilbert (A.), 1009.

Gilles de la Tourette, 612, 987.

Guillet, 903.

Glycose (De la recherche de la) dans les urines par l'acide picrique, par Thiéry, 633.

Gynécologie, 818.

H

Hanche (Désection de la) chez une fille atteinte de tuberculose pulmonaire, par H. Bresson, 671.

Hématocèle *spontanée de la tunique vaginale*, par Ferret, 1050.

Histoire médicale (Revue d'), par Gilles de la Tourette, 1041. — *Barbillon* : Histoire de la médecine, 1041. — *Bouchard* : Un voyage à travers quelques établissements scientifiques de la France et de l'Etranger, 1041. — *Challan de Belleval* : Au Tonkin, 1041. — *Ritti* : Eloge de Lasègue, 1041.

Hôpitaux (De la mortalité dans les) *de province*, par Regnard, 572.

Hôpitaux de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie*, 566. — *Concours* : Pour les *accoucheurs*, 566, 935. — *Adjuvat*, 935. — *Chirurgiens*, 588, 606, 629, 645, 935. — *Pharmaciens*, 1062. — *Prix*, 589. — *Prix de l'internat*, 1062. — *Externat*, 645, 873, 898, 919, 985, 1006, 1062, 1087, 1102, 1127. *Internat*, 645, 873, 985, 1006. — Pour les médecins, 565, 588, 606. — *Enseignement clinique*, 938. — *Mutations*, 997.

Hôpitaux (Chronique des), 566, 590, 608, 630, 648, 670, 687, 710, 874, 898, 920, 929, 984, 1008, 1026, 1048, 1064, 1088, 1104, 1128.

Horteloup, 773.

Humbert, 1091.

Hydrologie (Revue d'). — *Branche* : Le chlorure de sodium et les eaux chlorurées sodiques, 916. — *Ferras* : Luchon dans le traitement de la syphilis, 916.

Hygroma *prérotulien calcifié*, par Routier, 1107.

I

Ictère (Un cas d') émotif accompagné d'une éruption généralisée de lichen, par Negel, 689.

Idiotie complète symptomatique d'une atrophie cérébrale double, par Bourneville et Bricon, 691.

Iodoforme (De l') *en médecine et en chirurgie*, 895, 917,

Imbécillité et *hémiplégie droite symptomatique de méningite tuberculeuse*, par Bourneville et Pilliet, 554.

Infection *purulente*, par Ferret, 880.

Institut d'anthropologie, 941.

Institut odontotechnique de France, 945.

Instruments et appareils, 707, 792, 803. — *Appareil* pour chloroformisation, par Bernheim, 708. — *Aspirateur* : Injecteur par Ruault, 792.— *Canule* : Porte-remèdes du Dr Gautier, 853

J

Joffroy, 1009.

Judet, 847.

K

Kyste (Sur un cas de) *poplité dépendant de la bourse séreuse du jumeau interne*, etc., par Verchère, 838.

Kyste *hydatique du foie à développement exogène*, par Leflaive, 1112.

Kystes hydatiques *de l'excavation pelvienne*, par Potocki, 818.

L

Labastide, 1082.

Laïcisation. (Voir aux Varia : *Ecoles d'infirmières* ; — *Laïcisation*).

Lancry, 755.

Leflaive, 1112.

Letulle, 737, 836.

Lithiase (Thérapeutique de la) *biliaire*, 1099

Lymphangite et *sublimé*, par Skinner, 651.

M

Magnan, 1089, 1108.

Maladies du foie (Revue des), par Douglas-Aigre, 1081. — *Gilbert* : Du cancer massif du foie, 1081. — *Ughetti* ; L'Epatite suppurativa, 1081. — *Willemin* . Des coliques hépatiques et de leur traitement par l'eau de Vichy, 1081.

Maladies de l'enfance (Revue des), par Plicque, 1124. — *Nieberdeng* : Un cas de melœna des nouveau-nés, 1124. — *Pick* : Traitement de la coqueluche par les inhalations d'acide phénique, 1124. — *Petersen* : La résection du genou chez l'enfant, 1124. — *Sandner* : Hémoglobinurie mortelle chez un nouveau-né, 1124.

Maladies nerveuses (Revue des), par Séglas, 869. — *Fasola* : Sulla fisiologia del grande Ippocampo, 868. — *Novi et Baldi* : Delle vie die conduzione centrifuga cerebro spinali, 868. — *Prismarini* : La visione dei colori e le sue alterazioni studiate in rapporto al servizio ferroviario, 868. — *Santa Bicona* : Contributo allo studio delle localizzazioni motrici cerebrali, 868.

Mal de Pott *dorso-lombaire*, par Demar et Demoulin, 1029.

Mathieu (Albert), 1049.

Médecins *des Lycées*, 1064.

Médecine opératoire, 878.

Médecins *conseillers généraux*, 666, 710.

Médication ferrugineuse, 563.

Médications (Des) *de la phthisie*, 1041.

Microbes (Présence normale de deux) *pathogènes dans le cholédoque*, par Netter, 992.

Mortalité *à Paris*, 565, 588, 606, 629, 645, 668, 686, 708, 754, 770, 794, 810, 834, 850, 873, 897, 919, 984, 1006, 1023, 1047, 1062, 1087, 1102, 1127.

Mortalité (La) *dans la première enfance*, par Achenne, 1019.

Mutisme (Cas de) *hystérique chez l'homme*, par Charcot (Lec. reç. par Gilles de la Tourette), 987.

Muséum d'histoire naturelle. — Cours, 941.

N

Natalité à Paris, 565, 588, 606, 629, 645, 668, 686, 708, 754, 770, 794, 810, 834, 850, 873, 897, 919, 984, 1006, 1023, 1047, 1062, 1087, 1102, 1129.

Nécrologie. — *Aiguilhon*, 1008. — *Albenois*, 898, *Bayonne* 810. — *Bénac*, 648. — *Bérard*, 1064, 1088. — *Bernier* (J.), 898. — *Paul Bert*, 1006, 1012. — *Boinet*, 772. — *Rosow* (N.), 648. — *Bozonet*, 986. — *Brébant* (J.-L.), 670. — *Brellé*, 670. — *Brevard*, 920. — *Briau*, 810. — *Brogniart* (J.), 1104. — *Burckhardt-Mérian* (Albert), 1047. — *Butlerow*, 1128. — *Cauvy*, 986. — *Cayrade*, 630. — *Chaigneau*, 852. — *Chancourtois*, 1024. — *Charpignon* (J.), 850, 1008. — *Clerc*, 1128. — *Copin* (Ch.), 630. — *Coqueret*, 606. — *Corvini*, 1128. — *Colin*, (Henry), 590. — *Cuvelier*, 920. — *Dannecy*, 670. — *Décès*, 986. — *Deflandre*, 1008. — *Delaine*, 1006, 1008. — *Delcambre*, 606. — *Divin* (David), 986. — *Donnat*, 1104. — *Douaud*, 630. — *Dourlen*, 1064. — *Duboscq*, 1024. — *Dussaud* (J.), 630. — *Dyce Davidson*, 920. — *Eparvier*, 852. — *Estor*, 670. — *Farine* (A.), 810. — *Farre*, 1064. — *Fauton*, 1008. — *Foissac*, 986. — *Fontaine*, 986. — *Fournier*, 1088. — *Ficeni*, 688. — *Fortineau*, 1128. — *Frisch* (de), 606. — *Gendron* (de Rouen), 852. — *Giovanni Pagliari*, 794. — *Grellois*, 1104. — *Gropé* (F.), 1064. — *Hamilton*, 753. — *Heuchel*, 630. — *Horand* (père), 852, 874. — *Hurel*, 810. — *Hutchinson Bell*, 590. — *Inghels*, 566. — *Josse*, 606. — *Jougla* (J.), 898. — *Julian Rey Barreau y Castro*, 1008. — *Keisser* (de Lyon), 732. — *Laissus*, 810. — *Lamotte* (F. J.), 566. — *Lapeyre*, 1104. — *Lebris*, 1104. — *Le Houx*, 1128. — *Lemesle*, 852. — *Lequime*, 920. — *Lewis* (T. R.), 590. — *L'Homme*, 648. — *Louis*, 986. — *Lowe-Kalbe*, 1047. — *Maas* (H.), 670. — *Manès* (Ch.), 648. — *Margary*, 1128. — *Mialhe*, 986. — *Millet*, 810. — *Monteil-Pons*, 606. — *Moos*, 834. — *Morel* (de Rouques), 920. — *Moxois*, 648. — *Mugnier*, 850. — *Nier*, 920. — *Oestreich*, 1128. — *Orhehowski*, 670. — *Ousset*, 590. — *Patureau*, 688. — *Pescheux* (A.), 1088. — *Petit* (de Dijon), 566. — *Petrovitch Kolomnin* (Serge), 1064. — *Phelip*, 732. — *Pinel*, 920. — *Porteau*, 850. — *Pottereau*, 772, 920. — *Pouliet*, 670. — *Prat*, 566. — *Rambaud*, 1128,— *Ramonowsky*, 772. — *Rapp*, 1088. — *Recipon*, — 810. — *Ribart* (Mme), 566. — *Ribeaucourt* (Em.), 1024. — *Richardson*, 1128. — *Rigaud* (père), 590. — *Romanowski*, 590. — *Routier* (A.), 1047. — *Saint*, 986. — *Samuel F. Allen*, 772. — *Sarry* (de Paris), 566. — *Thomas* (Ed.), 648.

© BIU Santé

— *Thomas Simon*, 1064. — *Tuffière*, 1104. — *Wigand*, 1008. — *Zanini*, 878. — *Ziemel*, 1064. — *Zuber*, 686. (Voir VARIA.)

NEGEL, 689.

NETTER, 992.

NÉVRALGIE *et périarthralgie de l'épaule*, par A. Mathieu, 1049.

NOUVEAUX JOURNAUX. — *Boletin* de Medicina, 794. — *Bulletin* (Le) médical des Vosges, 754. — *Igea* (L'). Revista sanitaria e d'Igiene, 1104. — *Poitou* (Le) Médical, 1024. — *Progress* de Louisville, 754. — *Province* (La) Médicale, 1104. — *Revista* Alavera de Ciencias medicas, 648. — *Science* (La) libre, 874. — *South African Medical Journal*, 1104. — *Thifaa*, 1104.

O

OBSTÉTRIQUE, 1027.

OTOLOGIE (Revue d'). — *Polo* : De la perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement, 1098. — *Pritchard* : Manuel des maladies de l'oreille, 1098. — *Verdos* : Commentarios teoricos y practicos sobre la patologia del oido, 1098.

P

PANCRÉATINE (La) dans l'économie, après son arrivée dans la voie stomacale, par Defresne, 1003.

PARALYSIE (De la) ourlienne, par Joffroy, 1009. (Leç. rec. par Gilbert).

PATHOLOGIE EXTERNE, 671, 773, 1091, 1112.

PATHOLOGIE INTERNE, 609, 631, 689, 695, 793, 813, 836, 899, 992.

PATHOLOGIE MENTALE (*Revue de*), par Kéraval, 786. — *Bianchi* : Contributo alla doctrina della Temperatura cefalica, 786. — *Heiderg* : Schema der Wirkungsweise der Hirnnerven, 786. — *Morselli* : Sulla dinamografia e sue applicazioni al diagnostico dei desordini motori nelle malattie nervose, 86. — *Mueller* : Physiologische studien ueber Psychophysik, 786. — *Pick* : Zur pathologie des Gedachtnisses, 786. — *Schnele* : Klinische psychiatrie, 786. — *Ueber* die histologischen veranderungen der multiplen sklerose, 786. — *Wilder* : Encephalie nomenclature cœlian terminology, 786.

PATHOLOGIE NERVEUSE, 569, 1010.

PÉNIS (Le) des vertébrés supérieurs aux poissons (batraciens et amniotes) dérive-t-il du membre copulateur des Selaciens ? par P. Poirier, 733.

PEPTONE (*Contribution à l'étude de la*), par Labastide, 1082.

PHYSIOLOGIE (Revue de), par P. Loye, 806. — *Bourquelot* : Recherches sur les propriétés physiologiques du Maltose, 806. — *Dubois* : Les élatérides lumineux, 806. — *Hallsten* : Recherches sur les nerfs sensibles, 806. — *Herzen* : La digestion stomacale, 806. — *Laurent* : De l'introduction des substances medicamenteuses à travers la peau saine par l'influence de l'électricité, 806. — *Lermoyez* : Etude experimentale sur la phonation, 806.

PIAGGIO, 690.

PIED-PLAT VALGUS (Etude anatomo-pathlogique de deux pièces de), par Chaput, 857.

PILLIET, 554.

PLACENTA (De la conduite à tenir dans les cas de rétention du) après l'avortement, par Budin, 1027.

POIRIER (P.), 733.

PONCET (de Lyon), 878.

POTOCKI, 776, 818.

PSORIASIS (Du traitement du) palmaire et plantaire par les bains locaux de sublimé, par Gilles de la Tourette, 612.

Q

QUINQUINA (Des préparations de); vins extraits quinine, 581.

R

RADZISZEWSKI, 650.

RÉGIME (du) *dans la convalescence*, par Judet, 847.

REGNARD, 572.

RHINOPLASTIE (De la) sur appareil prothétique, par Poncet, 878.

ROUSSEL, 593.

ROUTIER, 1107.

S

SKINNER, 650.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE : Secrétaires : MM. Charrin et Ray. Durand Fardel, 944. — *Abcès* du foie, par Léonard, 1120. — *Anostomoses* (Sur deux variétés d') nerveuses de l'avant-bras, par Chaput, 906. — *Anévrysme* de l'artère iliaque primitive droite, par Montillier, 1016. — *Anévrysmes* multiples de l'aorte thoracique chez un syphilitique, par Marfan et P. Aubry, 866. — *Angine* de poitrine, par R. Leudet, 784. — *Aorte* (Dilatation de l') ascendante, par Leudet, 1038. — *Aponévrose palmaire* (Rétraction de l'), par Walther, 662. — *Artère humérale* (Division tardive de l'), par Walther, 619. — *Bourses* séreuses du genou, par Poirier, 827. — *Broncho-pneumonie* grippale et endocardite ulcéreuse à pneumonocoques, par J. Besançon, 621. — *Cancer* du cœcum, par Lyot, 1000. — *Cancer* colloïde du cœcum, par Lyot, 617. — *Cancer* de l'estomac avec propagation au foie, par Despaigne, 1000. — *Cancer* latent de l'estomac, par Gombault, 804; — *Cancer*, par Grandmaison, 827. — *Cancer*, par Dagron, 784. — *Cancer* de l'estomac, par Jacquet, 827; — *Cancer*, par Reynault, 828. — *Cancer* primitif du foie, par Ménétrier, 892. — *Cancer* de la tête du pancréas généralisé au foie, par Garnier, 1037. — *Cancer* de la plèvre et du péricarde, par Roustan, 1036. — *Cancer* primitif du rein gauche. — Cancer secondaire du foie, par Jeanton, 618. — *Cancer* du rein, par Varnier 864; — *Cancer* du rein gauche, par Netter, 891. — *Cancer* du sein, par Cornil, 893. — *Cancer* primitif de la vésicule biliaire, par P. Blocq, 638; — *Cancer*, par Cornil, 618. — *Capsules* surrénales cancéreuses, par Dagron, 1037. — *Carcinome* primitif de la vésicule biliaire, par Letulle, 827. — *Carotide* externe liée au dessous de la thyroïdienne, etc., par Dumoret, 1080. — *Cervelet*, par Hautecœur, 806. — *Colique* hépatique, angiocholite et périangio-cholite suppurées, par Potocki, 1076. — *Corps* étranger articulaire dans une articulation scapulo-humérale, par Broca, 1097. — *Corps* fibreux de l'utérus, par Lefèvre, 1097. — *Doigt* à ressort, par Walther, 865. — *Elections*, 640, 677, 863, 1076. — *Endocardite* végétante, par Roustan, 999; — *Endocardite* ulcéreuse de l'orifice aortique, par Despaigne, 863. — *Entorse* tarso-métatarsienne avec rupture presque totale des ligaments dorsaux de cette articulation, écrasement et arrachement des extrémités postérieures du 2e et 3e métatarsiens et de la pointe de la malléole externe, par Chaput, 905. — *Epithélioma* de la bouche, par Graverry, 762. — *Epithélioma* sur une cicatrice d'amputation de Chopart, par Demars, 1075. — *Fracture* ancienne du coude, par Walther, 622. — *Fracture* ancienne de la rotule; — Ecartement considérable avec flexion parfaite et extension suffisante, etc., par Gaudinau et Chaput, 1038. — *Fibro-myome*, utérin, par Varnier, 865. — *Granulations* (des) tuberculeuses dans les capsules surrénales, par Widal, 1017. — *Grossesse* extra-utérine, par Dumoret, 1078. — *Hémorrhagie* de l'hémisphère gauche du cervelet, par Reboul, 1037; — *Hémorrhagie* méningée, par Widal, 1097, — *Hernies* diaphragmatiques congénitales par arrêt de développement du diaphragme, par Potocki, 677. — *Hernie* (double) inguinale, par Tuffier, 1037. — *Hygroma* de la bourse olécrânienne, par Castex, 661. — *Interosseux* (Sur l'action des) de la main, par Tuffier, 865. — *Kystes* hydatiques multiples de la cavité abdominale, par Clado, 676. — *Kyste* hydatique suppuré du foie, par A. Lefèvre, 622. — *Kyste* hydatique du foie remplissant tout l'abdomen et simulant une ascite, par Budor, 640. — *Kystes* hydatiques du poumon, par Léonard, 677. — *Kyste* hydatique du poumon gauche, par Limpéropoulo, 1018. — *Kyste* hydatique du poumon, par Varnier, 863. — *Kyste* hydatique de la rate, par J. Besançon, 867. — *Kyste* du poignet, par Tuffier, 806. — *Kyste* (Un cas de) tendineux de la gouttière calcanéenne, par Tuffier, 721, 743. — *Kyste* poplité d'origine articulaire développé aux dépens de la bourse séreuse propre au jumeau interne, par P. Poirier, 561. — *Kyste* poplité développé aux dépens du prolongement sous-poplité de la synoviale du genou, par P. Poirier, 617. — *Kyste* (Sur un) synovial du poignet, par Tuffier, 1038. — *Lipome* pédiculé de la cuisse, par Bailly, 894. — *Lithiase* biliaire, par Martha, 677. — *Lymphadénie* intestinale sans leucémie, par Mathieu, 865. — *Microbe* (Sur le) de la septicémie gangréneuse, par Forgue, 998. — *Microtome* de précision, par Duprat, 827. — *Noyaux* (Sur les formes de division des) et des cellules en trois ou quatre cellules, par Karyokinèse, par Cornil, 1000. — *Ovaires* kystiques, par Regnault, 828. — *Péricardite* fibrineuse, par Netter, 578. — *Plaie* pénétrante de poitrine par arme à feu, par Ar. Lefèvre, 659. — *Pleuro-pneumonie* fibrineuse du cobaye, du lapin, de la souris, du rat après inoculation des produits d'une endocardite végétante rencontrée chez une malade atteinte de pneumonie lobaire, par Netter, 657. — *Pneumonie* et endocardite végétante, par de Grandmaison, 783. — *Pyélite* calculeuse, par Hartmann, 1121. — *Pyélo-néphrite* calculeuse, par Clado, 1035. — *Pyléphébite* suppurative, abcès métastiques, ulcérations du duodénum, par Despaigne, 865. — *Rapport sur les condidatures* de : *Blocq*, par De Gennes, 863. — *Clado*, par Chantemesse, 1076. — *Martin de Gimard*, par Tissier, 560. — *Walther*, par Brun, 1017. — *Rein* (Absence congénitale du) gauche, par Cayla, 659; — *Rein* unique tuberculeux, par Limperopoulo, 828. — *Renflement* (Sur la structure d'un) situé au niveau du bord libre des plexus choroïdes des ventricules latéraux, par Albarran, 893. — *Rétrécissement* sous-aortique du ventricule gauche et rétrécissement aortique, par Le Noir, 577. — *Subluxation* de la tête humérale en haut avec fracture de l'acromion, par Tuffier, 678. — *Testicule* tuberculeux, par Cazals, 621. — *Tuberculose* des capsules surrénales, par Graverry, 826. — *Tuberculose* de la mamelle simulant un carcinome par Souplet, 998. — *Tuberculose* miliaire du rein, par Ray. Durand-Fardel, 619. — *Tuberculose* pulmonaire, rhumatisme noueux, péricardite hémorrhagique, par Roussan, 578. — *Tumeur* cérébrale, par Darier, 660. — *Tumeur* maligne du cou, par G. Marchand et Gomez, 863. — *Tumeurs* pseudo-kystiques des plexus choroïdes chez un enfant atteint de chorée, 893. — *Tumeur* du sein, par Cornil, 1055. — *Tumeur* du corps thyroïde, par Guillet, 813. — *Tumeur* de la vessie chez la femme, par Bazy, 620. — *Ulcérations* tuberculeuses du vagin et de la vessie, par Ménétrier, 1003. — *Urethre* (Rétrécissement de l'), par Regnauld, 619.

© BIU Santé

Société d'Anthropologie (compte rendu par L. C.). — *Appendice* caudal couvert de poils, chez une femme, par Eltséeff, 580. — *Crânes* d'aliéné et d'épileptique, par Manouvrier, 580. — *Crânes Sakalaves*, par Viau, 580. — *Ethnologie* (L') du Cambodge, par Maurel, 580. — *Sacs laryngiens* chez les anthropoïdes, par Deniker, 580. — *Vagin* et utérus complètement divisés par une cloison verticale, par Landowski, 580.

Société de Biologie (compte rendu par Gilles de la Tourette), 143. — *Acide* carbonique (Exhalation de l') par le poumon, par L. Garnier, 637. — *Alcaloïdes* (Contribution à la synthèse des), par Quinquaud, 577. — *Amygdales* (Sur la morphologie des) dans la série animale, par Retterer, 1074. — *Amyotrophies* myopathiques, par Roth, 1096. — *Anaphrodisie* par le café, par Dupuy, 599. — *Appareil* pour injecter divers gaz dans le rectum, par Morel, 1074; — pour le dosage pratique et rapide de l'oxygène et de l'acide carbonique de l'air respiré, par Richet et Hanriot, 1118 — *Bile* (Action antiseptique de la) et des sels biliaires, par Charrin et Roger, 675 — *Cataracte* (Production de la) par la naphtaline, par Bouchard et Charrin, 1118. — *Cerveaux* (Pesées de), par Ch. Féré, 599. — *Chalazion* (Pathogénie du), par Vasseaux, 675. — *Courant* nerveux axial, par Mendelsonn, 656. — *Daman* (Formule dentaire du) par Lataste, 637. — *Dissociation* (Sur le rôle de la) en biologie, 577. — *Echinodermes* (Le système circulatoire des), par Périer, 1118. — *Efflorescences* (Contribution à la détermination de la nature microbienne des) cutanées d'origine syphilitique, par Gilles de la Tourette, 599. — *Epithéliums* (Sur le développement des) pavimenteux chez les Solipèdes, par Retterer, 1118. — *Euglènes* (Sur la multiplication des), par Beauregard, 890. — *Foie* (Sur le rôle du) dans les intoxications, par Roger, 656. — *Glycose* (Dosage de la), par Quinquaud, 656; — par Dastre, 1118. — *Glycose* (Sur le), par Grimaux et Lefebvre, 599. — *Greffes* humaines et de peau de grenouille, par Dubousquet, 1074. — *Hématospectroscope* double, par Hénocque, 890. — *Hémimonstres*, par Chabry, 577. — *Hémoglobine* (Du dosage de l') dans l'état de santé, par Hénocque, 996. — *Hémorrhagie* cérébrale avec inoculation ventriculaire, par Capitan, 675. — *Hypnotisme* (Expériences sur l'), par Luys, 675. — *Inhibition* et la dynamogénie, par Dumontpallier, 637. — *Intestins* de lapins et de cobayes injectés de sublimé, par Charrin et Roger, 599. — *Iris* (Sur l'existence d'un centre spécial pour les mouvements de l'), par Darchevitsch, 1034. — *Lumière solaire* (Action de la) sur les transformations chimiques, par Duclaux, 637. — *Microbe* de la tuberculose, par Nocard et Roux, 1096. — *Microscope* photographique, par Fayet, 656. — *Mort* de P. Bert, 1016. — *Muscle* (Tracés relatifs au travail du) cardiaque, par Laborde, 599; — (coupes de) striés de l'homme, par Babinski, 1118. — *Myopathie* atrophique, par Déjerine, 996. — *Œil* (Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'), par Ch. Richet 637. — *Paralysies* (Du rôle de l'inhibition dans les) de cause cérébrale, par Brown-Séquard, 905. — *Paraplégie* hystérique consécutive à un rêve de course prolongée, par Ch. Féré, 1034. — *Péridiniens* (Sur l'évolution des), par Danisz, 905. — *Piliganine* (Sur la), par Bardet, 559. — *Podurides* (Sur la fonction photogénique des), par R. Dubois, 1096. — *Polythélie*, par R. Blanchard, 559. — *Prix* Godard, 1016. — *Processus* (Sur le) vasoformatif qui préside à l'évolution du placenta maternel du cobaye, par M. Duval, 1034. — *Psoriasis* (Du traitement du) palmaire et plantaire par les bains locaux de sublimé, par Gilles de la Tourette, 599. — *Rate* (Circulation de la), par Gregoresco, 656. — *Respiration* des animaux aquatiques, par Grébant, 656. — *Salol* (Sur l'action antiseptique du), par Quinquaud, 890. — *Scolioplanes* (Le) crassipès, 1034. — *Sens* chromatique (Du), par Ch. Féré, 656. — *Sublimé* (Effets toxiques du), par Doléris et Butte, 1074. — *Suture* primitive et directe du médian, une heure après la section du nerf par un éclat de verre, par Bouisson, 1075. — *Tumeurs* volumineuses de l'abdomen, par Sébileau, 656. — *Tympan* (Sur le rôle de la sensibilité du) dans l'orientation du bruit, par Gellé. 890. — *Ulcère* des pays chauds, par Petit, 675 — *Urèthre* (Sur un cas de guérison d'un rétrécissement spasmodique de l') par suggestion, par Ramey, 577. — *Urines* (Propriétés toxicologiques des) normales du lapin, par Charrin et Roger, 1118.

Société de chirurgie (compte rendu par Poirier, Ch. Petit Vendol et Marcel Baudouin), 944. — *Actinomycose*, par Kirmisson, 641. — *Anévrysme* fusiforme de l'artère poplitée; ligature de la fémorale à l'anneau du 3e adducteur sur artère épaissie, mais non calcaire, par Schwartz, 1019. — *Anus* (Fistule à l'), par Reclus, 561. — *Appareil* prothétique, par Berger, 662. — *Articulation* temporo-maxillaire, par Farabeuf, 845, 868. — *Bec-de-lièvre*, par Valcourt, 641. — *Blessure* de l'aisselle, par Poncet, 914. — *Bureau* pour 1887, 1124. — *Cheiroplastie*, par Guermonprez, 662. — *Commission* (Nomination d'une) tendant à modifier les statuts de la Société, 1098 — *Correspondance*, 662. — *Élections*, 915, 1002, 1057, 1124. — *Élongation* combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique, par Schwartz, 1018. — *Epiplocèle* (Cure radicale d'une) irréductible para-ombilicale, par Routier, 1002. — *Epithélioma* (Deux cas d') de la face interne de la joue opérés d'une façon spéciale, par Piéchaud, 1040. — *Exostoses* de l'extrémité supérieure de l'humérus, par Terrillon, 1002. — *Exostose* éburnée du frontal, par Lucas-Championnière, 1003. — *Fracture* de la cuisse gauche, par Richelot, 914. — *Fibrome* utérin, par Monod, 914. — *Grossesse* extra-utérine, gastrotomie, par Bruch, 1098; — par Bouilly, 1124. — *Hématocèle* de la vaginale, par Polaillon, 724. — *Hématosalpingite* double, par Terrillon, 1057, 1080. — *Hernies* (Cure radicale des), par Lucas-Championnière, 1040. — *Hydrocèle* (Traitement de l'), par M. Sée, 561. — *Imperforations* de l'hymen, par Le Dentu, 844. — *Instruments* (Désinfection des de chirurgie et des objets de pansements, par Redard, 662. — *Intervention* (De l') chez les tuberculeux, par Nepveu, 1002. — *Intestin* (Sur l'état de l') dans la hernie étranglée, par Fleury, 844. — *Kyste* branchial du cou à contenu athéromateux, par Chavasse, 663. — *Kystes* (Torsion ou rotation axile et rupture du pédicule des) de l'ovaire, par Heurtaux, 868. — *Morsure* (Sur un cas de) de vipère, par Pluyette, 1002. — *Névralgie* (Sur la) du testicule et ses rapports avec l'hystérie, par Terrillon, 1003; — (des) rebelles, par Jeannel, 1002. — *Oophorectomie*, par Terrillon, 662. — *Opération* de Battey, par Terrier, 1081. — *Ostéo-périostite* diffuse des os du crâne, par Poulet, 868. — *Ostéo-sarcome* kystique télangiectasique de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, par Schwartz, 868. — *Ovariotomies* (Résultats obtenus sur 35), par Terrillon, 1098. — *Périnéorraphie* immédiate, par Hue, 724. — *Péroné* (Traitement des fractures du) et du radius par la mobilisation et le massage, par Lucas-Championnière, 561, 641, 662, 663, 724 — *Phlegmon* du ligament large avec abcès de la fosse iliaque, par Pozzi, 1057. — *Pied bot* (Pathogénie et traitement du) équin accidentel, par Monniez, 1124. — *Plaie* de l'abdomen par arme à feu traitée par la laparotomie, 1098. — *Pneumotomie*, par Poulet, 662. — *Prépuce* (Perforation du), par Monod, 1124. — *Prix* (Commissions pour les), 1002. — *Pseudarthrose* infantile prolongée à l'âge adulte, par Nepveu, 1019. — *Sondes* (Nouvelles), par Bruch, 845. — *Suture* (Sur la) des parois du canal, par Terrier, 914, 1002; — tendineuse, par Terrillon, 868. — *Tailles* (Deux) sus-pubiennes, par Defontaine, 1002. — *Taille* hypogastrique, par Ferré, 794; — sus-pubienne, par Poncet, 724; — par Perrier, 1124. — *Tétanos* (Etiologie du), par Larger, 1056; — par Terrier, 1081; — par Larger, 98. — *Traité* des kystes congénitaux, par Lannelongue, 1002. — *Traité* de pathologie générale, par Terrier, 1002. — *Tumeur* blanche du coude gauche avec fistules, par Richelot, 914. — *Tumeurs* du maxillaire supérieur, par Jeannel; 641. — *Tumeurs* pharyngiennes (Ablations de), par Verneuil, 662. — *Urethrotome* interne, par Guyon, 561. — *Volvulus* de l'intestin grêle, etc., par Hovion, 1003.

Société *française d'otologie et de laryngologie*, 772 874.

Société *de médecine* légale, 648, 986.

Société *de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, 679.

Société médicale des hôpitaux, 944. — *Apoplexie* hystérique, par Debove, 764. — *Cancer* encéphaloïde du foie, par Moutard-Martin, 1097. *Cancer* de l'estomac, par Troisier, 1001. — *Cirrhose* atrophique, par Troisier, 600, 1097. — *Élections*, 1097. — *Fièvre typhoïde*, par Letulle, 764. — *Fumeurs* (Les) d'opium, par Lieberman, 1056. — *Gastrite* alcoolique, par Debove, 1018. — *Hippurate* de chaux, par Dujardin-Beaumetz, 764. — *Hôpitaux* (Mutations dans les), 1097. — *Kyste* hydatique du foie, par Guyot, 1001; — *Kyste*, par Millard, 1018, 1055. — *Monoplégie* brachiale, par Féréol, 1018. — *Mort* du Dr Zuber, 764. — *Myopathie* atrophique progressive, par Landouzy, 1001. — *Péritonite* sus-hépatique suppurée, par Cadet de Gassicourt, 1097. — *Pleurésie* dans le cours d'une grippe, par Roques, 1097. — *Pneumonie* à foyers successifs et séparés les uns des autres, par Renaut, 562. — *Rein* (Congestion du), par Robin, 1002. — *Résidus organiques* (Sur la solubilisation des) incomplètement oxydés, par Robin, 561. — *Rubéole* (A propos de la). Lettre de MM. Bourneville et Bricon, 1001.

Société *médico-chirurgicale de Liège* (compte rendu par Leplat). — *Antéfébrine* (de l') dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la fièvre typhoïde par Sayers, 1081. — *Cyrtographe*, par Bernard, 663. — *Délire* (Cas de) salycilique, par Schilfers, 663. — *Élections*, 663. — *Fibrôme* utérin, par Fraipont, 1057. — *Kyste* de l'ovaire, par Fraipont, 1057. — *Manuel* de technique microscopique, par Francotte, 663. — *Névrite* multiple, par Francotte, 663. — *Scoliose* (De l'étiologie de la), par Schenk, 663: — *Systole* (De la nature de la) ventriculaire, par Frédéricq, 663. — *Tumeur* du mésentère par Fraipont, 1057.

Société médico-psychologique. — *Suggestion*, action des médicaments à distance, action de l'aimant et des métaux, par J. Voisin, 915. —

Société de psychologie physiologique. — *Transfert* (Du) de certaines manifestations hystériques, par Babinski, 915.

Société de thérapeutique. — *Alimentation* (Sur l') dans les fièvres et en particulier dans la fièvre typhoïde, par Dujardin-Beaumetz, 1040. — *Antifébrine* (Sur l'), par Boismont, 1040. — *Appareil*, pour les inspections gazeuses dans l'intestin, par Bardet, 1081. — *Caféine* (Sur la), par Petit, 724. — *Compte-gouttes* (Sur l'emploi des) dans les diverses analyses, par Duhomme, 1081. — *Cotoïne*, par Huchard, 744. — *Ergotine* (Sur l'action anti-hémorrhagique de l'), par Dujardin-Baumetz, 724. — *Gélosine* (La), par Dujardin-Beaumetz, 745; — *Gélosine*, par Guérin, 580. — *Iritis* syphilitique survenue pendant le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, par Campardon, 1040. — *Métrorrhagies* (Sur le traitement des) par Brame, 745. — *Narcéine*, par Campardon, 724. — *Tuya occidentalis*, par C. Paul, 579. — *Souza-Leite*, 816. — *Straus*, 609, 795, 813, 899.

© BIU Santé

T

Température (De la) *dans les accès isolés d'épilepsie*, par Bourneville, 1029, 1051.

Tératologie, 650, 651, 673, 777.

Thérapeutique, 562, 581, 612, 625, 651, 809, 847, 895, 917, 1003, 1019, 1041, 1082, 1099.

Thérapeutique (Revue de), par Bottey, 702, 830. — *Bardet :* Formulaire des nouveaux remèdes, 830. — *Enrique* : Presena del quinto opercicio del instituto de terapeutica operatoria del Hospital de la princesa, 702 (An. p. Bottey). — *Erlich et Laquez* : De l'administration continue de la thalline et son action dans le typhus abdominal, 702 (An. par Bottey). — *Fleury* (A. de) : Du spasmodisme opposé à la convulsion, 702 (An. par Bottey). — *Jeannel* : Formulaire officinal et magistral international, 831. — *Legris* : Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion des fleurs de genêt comme diurétique, 830. — *Lutaud* : Formulaire de thérapeutique, 830. — *Mairet et Combemale :* De l'acétophénone, 702 (An. p. Bottey) ; — Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'uréthane, 830.

Thèses d'Agrégation (Revue des). — *Augagneur :* Tumeurs du mésentère, 641 (An. par Marc. B.). — *Dénucé* : Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire, 600. — *Hugounenq* : Les alcaloïdes d'origine animale, 665 (An. par Marc. B.).—*Forgues* : Des septicémies gangréneuses. 642 (An. par Marc. B.). — *Jalaguier* : De l'arthrotomie, 663 (An. par Marc. B.). — *De Lapersonne* : Des arthrites infectieuses non tuberculeuses, 664 (An. par Marc. B.). — *Schwartz* : Des tumeurs du larynx, 600. — *Truc :* Traitement chirurgical de la péritonite, 562 (An. par Marc. B.). — *Vautrin* : Du traitement chirurgical des myomes utérins, 580 (An. par Marc. B.).

Thiéry, 633, 1091.

Tissier (P.), 734, 757, 775, 798.

Traumatisme grave du pénis chez un enfant, par Bois, 855.

Trélat, 551, 1067.

Tuberculose (De la), par Petit-Vendol, 551.

Tumeur *de l'arrière cavité des épiploons*, par Guillet, 903.

Tumeur *de la vessie*, par Bruhl, 773.

U

Universités étrangères, 770. — *Allemagne*, 969, 985, 1062. — *Angleterre*, 967. — *Autriche-Hongrie*, 973, 1008. — *Belgique*, 976. — *Brésil*, 979. — *Canada*, 981. — *Chili*, 979. — *Chine*, 982. — *Colombie*, 979. — *Danemarck*, 975. — *Espagne*, 978. — *Etats-Unis*, 980. — *Grèce*, 978. — *Hollande*, 975. — *Italie*, 977. — *Japon*, 982. — *Mexique*, 979. — *Norvège*, 976. — *Pérou*, 979. — *Portugal*, 977. — *République Argentine*, 980. — *Roumanie*, 979. — *Russie*, 979. — *Serbie*, 979. — *Suède*, 975. — *Suisse*, 974. — *Turquie d'Europe*, 978. — *Uruguay*, 979. — *Venézuela*, 979.

Universités étrangères de langue française. — *Liège*, 966. — *Lausanne*, 966. — *Montréal*, 967.

V

Varia. — *Abcès du cerveau* dans le cours d'une phthisie pulmonaire, par Roussel, 593. — *Académie* de Médecine (prix pour l'année 1887, 791. — *Académie* de Médedine de Belgique (Prix), 834. — *Académie* des sciences, 1063, 1104. — *Agrégés* (protestation des), 1005, 1047. — *Aliénés* (la nouvelle loi sur les), 1060 ; — (Asiles d') de la Seine, 589, 667, 686, 710, 768, 770, 936, 1063, 1104, 1126 ; — de Blois, 606 ; — (Asiles d') du Département de l'Eure, 898. — *Antiquarisme*, 1005. — *Asile* Sainte-Anne, 920 ; — et Ecoles pour les Idiots, 898. — *Assemblée* (Décision prise par l') provinciale de Minas Geraes, 645. — *Assistance* (L') et l'Instruction publique à Saint-Pétersbourg, 1024. — *Assistance publique*, 669, 686, 710, 754, 770. 833, 917, 1105. — *Association* des dames Françaises, 1047. — *Association* française pour l'avancement des sciences. Congrès de Nancy, 585, 603, 667, 850 ; — générale des dentistes de France, 985. — *Association* Lanryngologique Américaine, 685. — *Autopsie* du roi Louis de Bavière, 564. — *Barbe bleue* (Etat mental de), 1102. — *Bertillon* (Donation), 566. — *Bibliothèque* des internes en Médecine, 1005, 1003, 1047, — *Bouis* (Mort du Dr), 919. — *Bourse* de voyage, 629 ; — d'études, 1024 ; — de voyage des asiles d'aliénés, 1024, — près les Facultés, 1108. — *Bureaux de Bienfaisance*, 613. 873. — *Caisse* (Situation de la) des pensions de retraite du corps médical français, 589. — *Chambre des Députés*, 583, 832, 1100, 1100. — *Chevreul* (célébration du centenaire de), 589, 753. — *Chimiste-expert* (Examen pour l'emploi de) inspecteur au Laboratoire municipal. 1063. — *Chirurgiens* dans les trains de voyageurs, 985 ; — en Allemagne, 1008. 1063. — *Choléra* (Le) en Italie, 566, 606 ; — en France, 629, 616 ; — en Hongrie, 874. — *Concours* Vulfranc-Gerdy, 919. — *Concours* (Le) pour une place de médecin aliéniste des Hôpitaux, 563, 585 ; — (Le) d'Agrégation en Anatomie, 604 ; — des Elèves Médecins militaires, 1105. — *Conférences* d'accouchement, 1024. — *Conflit* (Le) de Greisfwald, 751. — *Congrès* français de chirurgie, 644, 849 ; — d'hygiène de Biarritz, 669. — *Congrès* (VI) international d'hygiène et de démographie à Vienne, 1887, 753. — *Congrès* médical international Washington, 920, 1045. — *Conseil* municipal, 810. — *Congrès* des végétariens, 810. — *Conseil* de surveillance de l'Assistance publique, 564. — *Conseil* supérieur de l'Instruction publique, 1104. — *Conseil* supérieur de l'enseignement technique, 1063. — *Consultations* gratuites pour Maladies des yeux, 1063. — *Consultation* (Une) de Tronchin, 790. — *Corps* de Santé de la Marine, 898 — *Couleur des cheveux* (Restauration de la couleur des), 1128. — *Cours* de vacances, 574, 599, 613. — *Crémation*, 1127. — *Crémation* (La) en Allemagne, 897. — *Delaine* (Albert), 1006. — *Dechambre* (Mort de M.) 606. — *Diplômes* fantaisistes, 1127. — *Ecole* d'infirmières à l'hôpital de Saint-Denis, 1085. — *Ecoles municipales d'infirmières*. — Distribution des prix, à : *Bicêtre*, 750 ; à *La Pitié*, 873 ; à *La Salpêtrière*, 704, 860, 765 ; — Bourses, 768. — *Ecole normale* supérieure, 920 ; — *Ecole* de garde-malades aux Etats-Unis, 898 ; — d'infirmiers et d'infirmières de l'asile Sainte-Anne, 898, 1022 ; — d'infirmières à Ville Evrard, 1024 ; — *Ecole* (Le nouveau Directeur de l') supérieure de Pharmacie, 645 ; — de l'hôpital Saint-Louis pour les teigneux, 1024. — *Expositions médicales*, 920. — *Exposition* ouvrière. Enfants trouvés et moralement abandonnés, 833. — *Enseignement* (L') de la Faculté de Médecine de Paris, apprécié par le The New-York médical Journal, 982 — *Etudiant en médecine* (Condamnation d'un) pour transport de débris humains hors d'un amphithâtre d'anatomie, 917. — *Enseignement médical* (Comparaison de l') en France et en Allemagne, 1043, 1061. — *Excursions* Botaniques, 589. — *Excursions géologiques*, 566. — *Exemple* (Un) à suivre, 606. — *Exercice de la médecine* et de la pharmacie (nouveaux projets de loi), 872. — *Externat* (Concours de l') 849. — *Faculté* de Médecine de Paris, 848, 873 ; — de Liége, 850. — *Femmes* médecins, 985. — *Fièvre Typhoïde* (Epidémie de) à Clermont-Ferraud, 1088 ; — à Lorient, 1104. — *Gay* (mort du Dr), 919. — *Hamilton* (Le docteur), 753. — *Hôpital* cantonal de Genève, 606. — *Hôpital* (Le nouvel) pour les contagieux à Milan, 1104. — *Hôpitaux* de Bordeaux, 1024, 1064 ; — de Lyon, 874 ; — *Hôpitaux* de Marseille, 625 ; — Nantes, 1024 ; — Orléans, 1024 ; — de Perpignan, 630 ; — de Paris, 874 ; — de Rouen, 985, 1047 ; — de Saint-Denis ; — 1024. — *Hôpitaux* de Saint-Etienne, 566 ; — de Paris, 589, 710. — *Hospice* de Bordeaux, 873. — *Hospice* de Grenoble, 566, 874, 1128 : — National des Quinze-Vingt, 613 ; — de Marseille, 985. — *Hospice* de Bicêtre, 1064. — *Hôtel-Dieu* (Notes sur l'ancien, 586, 683, 751, 790, 871, 1021, 1125. — *Hygiène* et santé publique au Brésil, 810. — *Hygiène* (Exposition d') au Havre, 1064. — *Hygiène* (Exposition d') de l'enfance, 1036. — *Instituts bactériologiques*, 630. — *Institut Pasteur*, 589, 606, 874. — *Institution* ethnographique, 1128. — *Internat* (concours de l'), 833. — *Jardin* (Le) Zoologique d'acclimatation, 710. — *Laïcisation* des Asiles d'aliénés, 768 ; — des bureaux de bienfaisance de Paris, 1022. — *Legrand du Saulle* (La succession de M.) au dépôt des aliénés de la préfecture de police, 602. — *Legs* Jacquemier, 985. — *Libéralités* pour la science, 1024. — *Limite d'âge* des professeurs des Facultés, 626, 768. — *Maison Nationale de Charenton*, 564. — *Mann* (Le Dr I.), 770. — *Médecins* conseillers généraux, 666, 710, 874. — *Ministère* de l'Instruction publique, 1104. — *Missions scientifiques*, 670, 754, 885, 1064. — *Muséum d'histoire naturelle* de Paris, 646, 1052, 923, 941, 1021, 1088, 1104, 1128 ; — (Exposition au), 574, 576. — *Myxœdème*, 1128. — *Nominations* diverses, 1024, 1064, 1128. — *Organisation* (proposition de loi concernant l') de l'administration de la santé publique, 583. — *Pajot* (Retraite de M. le Professeur), 1126. — *Pharmaciens* improvisés. 1104. — *Pension*, 810. — *Préfecture de Police*, 606. — *Prix* (Concours pour le) Volta, 668. — *Professeurs* (Les) agrégés, 667. — *Rage* (La), 586, 628, 645, 667, 685, 710, 849, 1045, 1126. — des Chameaux, 630 ; — (Le cas de) de Marius Bouvier, 670 ; — Un nouveau cas de) 770. — *Réclamation*, par Huchard, 646. — *Récompenses*, 589, 606, 1024. — *Savons* (des) médicamenteux. 625. — *Seine* (Assainissement de la), 586. — *Service médical* de Paris, 589, 685, 1046 ; — du département de la Seine, 630. — *Service* de santé militaire, 874, 985. — *Service* (Réorganisation du) de santé de la marine, 604. — *Service* de santé, 898, 985. — *Service* de protection des enfants du premier âge. — *Service* (Le) militaire des étudiants, 585 ; — médical de l'Exposition de 1889, 768. — *Société* d'Anthropologie de Paris, 1104. — *Société* de Biologie (modification des statuts), 1126. — *Société* de Chirurgie de Berlin, 1047, 1064. — *Sociétés* (Les) médicales d'arrondissement, 872. — *Société* de médecine de l'arrondissement de Cambrai, 754. — *Souscription* pour un monument commémoratif à P. L. Panum, 606. — *Souverains* (Les) névropathes, 1086. — *Station physiologique* du collège de France, 630. — *Subventions* (Allocation de) complémentaires pour divers services de l'Assistance publique, 668. — *Troubles* à la Faculté des Sciences de Bordeaux, 1064. — *Tumeur cérébrale* (Excision d'une) 897. — *Union* des femmes de France, 1024. — *Université* (Jubilé de l') de Heidelberg, 654. — *Universités* étrangères, 563, 629, 781, 1062, 1088, 1127. — *Vacances* médicales, 1008. — *Vacances* des facultés de Médecine et de Science, 1128. — *Zuber* (Le docteur), 686.

Verchère, 838, 1069.

Vices *de conformation multiples chez un fœtus*, par Potocki, 776.

Vignard, 1067.

Z

Zoologie Médicale, 551, 611.

© BIU Santé

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, 71, RUE DE RENNES